

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

229

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juin 1891, à 1 heure

PAR HILAIRE NERMORD

Né à Fumel (Lot-et-Garonne), le 7 Mars 1864.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES FISTULES BILIAIRES

HÉPATO-BRONCHIQUES

Président : M. PROUST, Professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, Professeur.
 } BALLET et NETTER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juin 1891, à 1 heure

PAR HILAIRE NERMORD

Né à Fumel (Lot-et-Garonne), le 7 Mars 1864.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES FISTULES BILIAIRES

HÉPATO-BRONCHIQUES

Président : M. PROUST, Professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, Professeur.
 } BALLET et NETTER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine. — 15

1891

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N...
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.).
Maladie des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		BALL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Clinique d'accouchement.....		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		N...
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Médecin à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCEREAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin des Hôpitaux

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Pendant le temps que nous avons suivi le service de M. le docteur Lancereaux à l'Hôtel-Dieu, nous avons été frappé de l'observation d'une malade, atteinte de lithiase biliaire, et qui, brusquement, fut prise d'une douleur dans l'hypochondre droit, avec une expectoration bilieuse persistante.

Notre éminent maître attira notre attention sur un cas aussi rare, et porta le diagnostic de *fistule biliaire hépato-bronchique d'origine calculieuse*.

La patiente succomba au bout de quelques semaines, **et** l'autopsie révéla l'exactitude du diagnostic. Les voies biliaires, dilatées et enflammées, renfermaient une quantité innombrable de calculs de forme et de volume variables. Elles étaient aussi remplies de pus ; de sorte que la lithiase se compliquait d'angiocholite suppurée.

La face supérieure du foie était intimement unie au diaphragme et à la plèvre par des adhérences multiples. Le muscle était ulcéré, et on apercevait la communica-

tion bronchique; mais, malgré les plus minutieuses recherches, (et l'on sait combien M. Lancereaux est expert en cette matière), il a été impossible de retrouver l'orifice fistuleux qui existait certainement entre un conduit biliaire et l'ulcération diaphragmatique.

Ce fait, bien que regrettable, n'est pas sans antécédent. On sait, en effet, que les chirurgiens trouvent rarement l'orifice de la fistule hépatique, quand ils pratiquent sur le foie l'incision d'un kyste hydatique enflammé et ouvert dans les bronches.

Cette observation nous a paru présenter un intérêt suffisant pour que nous en fassions le sujet de notre thèse inaugurale. Les autopsies sont très rares dans les cas de fistules hépato-bronchiques, et le fait nouveau que nous apportons, aura une valeur d'autant plus grande qu'il a été contrôlé par la haute autorité de M. le docteur Lancereaux.

A propos de notre cas, nous avons recherché dans la littérature médicale, les cas de fistules hépato-bronchiques qui ont été publiés dans des thèses de la Faculté ou dans des mémoires.

Nous devons avouer que le nombre en est un peu restreint. Il est vrai que nous avons franchement limité notre sujet, et que nous avons éliminé, de parti-pris, toutes les observations, et celles-là sont nombreuses, où la fistule faisait défaut ou n'était pas signalée. C'est ainsi que nous avons passé sous silence les cas de kyste hydatique de la face convexe du foie, ou d'abcès hépatiques ouverts dans les bronches, et

s'accompagnant d'une expectoration bilieuse de quelques jours de durée seulement.

Il nous a semblé que ces vomiques, mode habituel de guérison d'un certain nombre d'affections hépatiques, formaient un groupe spécial, et ne devaient pas être confondues avec ces expectorations bilieuses de durée très confuse et reconnaissant pour cause un trajet broncho-hépatique difficile à se cicatriser.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier d'une façon toute particulière, Monsieur le docteur Lancereaux d'avoir bien voulu nous confier le sujet de notre thèse, et Monsieur le professeur Proust d'en avoir accepté la Présidence.

Nous sommes heureux encore de l'occasion qui s'offre à nous d'exprimer notre profonde reconnaissance pour nos maîtres.

Embarrassé que nous sommes d'en dresser la liste suivant notre sympathie pour chacun d'eux, nous inscrivons leurs noms dans l'ordre même de notre évolution hospitalière.

Après avoir adressé un respectueux hommage à la mémoire du professeur Trélat, nous prions MM. D'Heilly, Straus, Tillaux, Pinard, Charvot, professeur agrégé du Val-de-Grâce, d'accepter l'hommage public de notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Cruveilhier, Cadet de Gassicourt, Bricheteau, Jacoud, Duvernoy, Segond et Potherat, qui ont étudié d'une façon toute particulière les terminaisons des kystes hydatiques et des abcès du foie, signalent tous leur ouverture possible, mais très rare dans les bronches. L'observation que MM. Landouzy et Segond ont présentée en 1887 à la Société de Chirurgie, en est un remarquable exemple. Aucun des auteurs cités ne fait mention d'une expectoration biliaire *persistante*, survenant à la suite de la rupture de ces poches intra-hépatiques dans les voies respiratoires.

Trousseau et Davaine nous ont paru être les premiers auteurs qui aient indiqué la présence de la bile, dans les vomiques consécutives à ces affections : kyste hydatique suppuré ou non, abcès périaugiocholitique. Mais la courte durée de la présence de la bile dans les produits expectorés, après l'irruption dans les bron-

ches, fait qu'ils n'insistent pas sur ce syndrome morbide.

La fistule biliaire hépato-bronchique ne paraît donc pas avoir été vue par ces auteurs. Mandard, le premier, dans sa thèse inaugurale, en 1854, décrit complètement l'expectoration biliaire, car il cite l'observation d'un malade (observation reproduite dans la thèse de Bourgeois, Paris, 1858), âgé de 70 ans, qui expectora de la bile pendant plusieurs mois. Toutefois, cet auteur ne donne aucune analyse chimique de cette expectoration et s'en rapporte à l'apparence.

Barth et Roger, en 1874, citent dans leur *Traité pratique d'auscultation*, le cas d'un malade, à l'autopsie duquel, on trouva une communication fistuleuse entre les voies biliaires et les bronches, mais sans en indiquer la cause.

Malgré ces deux observations qui établissaient d'une façon péremptoire l'existence des fistules biliaires hépato-bronchiques, on ne trouve pas dans les articles classiques de Luton (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*) et de MM. Barth et Besnier (*Dictionnaire encyclopédique*) sur la pathologie des voies biliaires, une description des fistules de cette nature.

En 1875. M. le professeur Laboulbène présente à la Société médicale des Hôpitaux, un mémoire sur une fistule biliaire hépato-bronchique. Ce cas est le premier où des analyses chimiques bien faites établissent sur une base certaine, l'existence des fistules dont nous rapportons un cas.

MM. C. Paul, Ferréol et Potain, signalent dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de M. Laboulbène, des cas de fistules biliaires qu'ils avaient observés, mais qui n'ont pas été publiés. A la suite de la publication de ce travail, plusieurs cas de fistule biliaire hépato-bronchique sont signalés par divers auteurs.

M. Berdinel, en 1876, publie dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur un kyste hydatique du foie terminé par fistule hépato-bronchique.

Dreschfeld, en 1879, en signale un nouveau cas : il s'agissait d'un malade chez lequel l'établissement d'une fistule biliaire hépato-bronchique fut amené par un calcul intra-hépatique qui provoqua une angiocholite suppurée.

Edit, en 1882, (dans le *Boston Medical and Surgical Journal*) ; Gomet, en 1885, dans la thèse de Fouché sur les fistules hépato-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire ;

Nous insisterons encore sur ce point : nous n'avons relevé que les cas de fistule biliaire persistante, c'est-à-dire les cas où le rejet de la bile occupe le premier plan de la série pathologique, provoque des troubles pulmonaires et digestifs et devient la source d'indications thérapeutiques spéciales, car l'expectoration biliaire momentanée est, en effet, un phénomène banal et fréquent lors de l'ouverture des collections intra-hépatiques dans les bronches.

CHAPITRE II

Étiologie.

Qu'ils soient primitifs, comme dans l'observation du professeur Laboulbène, ou secondaires à une lésion hépatique, comme dans la plupart des observations, les cas de fistule hépato-bronchique n'en demeurent pas moins une vraie rareté clinique.

Les fistules secondaires doivent être mises au premier plan, tant à cause de leur importance clinique qu'au point de vue de l'intervention thérapeutique.

L'ouverture des kystes hydatiques du foie à travers les bronches ulcérées, avec rejet consécutif et persistant de la bile, forment le premier groupe étiologique. C'est peut-être l'un des mécanismes les plus fréquents.

L'observation IV de M. Berdinel en est un bel exemple.

En deuxième ligne, nous placerons la lithiase biliaire, que les calculs occupent les ramifications biliaires intra-hépatiques ou qu'ils soient situés dans la vési-

cule du fiel. Les cas de Mandard, de Dreschfeld, de Dénucé, de Fouché, mettent bien en évidence cette notion pathogénique.

Nous nous sommes demandé si la fistule biliaire bronchique, ne pourrait pas dans quelques circonstances, se montrer consécutivement à l'ouverture d'un abcès du foie à travers le poumon.

Nous avons compulsé les ouvrages si nombreux publiés sur les suppurations hépatiques et nous avons été étonné de la rareté de ce mode de terminaison. Il n'est fait aucune mention de la terminaison par fistule bronchique persistante dans le « Traité des Maladies des Européens dans les pays chauds » de Dutrouleau, ni dans le Traité de Pathologie de Monneret, ni dans le livre de Frerichs, ni dans celui de Murchinson, ni dans la thèse de Brossier.

J.-L. Rouis, dans ses « Recherches sur les suppurations endémiques du Foie » donne une statistique où sont relevés 162 cas d'abcès hépatique. Parmi ce nombre si considérable de faits, il signale deux fois seulement, la terminaison par fistule purulente hépato-bronchique. Toutefois, dans une de ces observations, la quantité de bile expectorée était très abondante, puisque dans l'espace de 24 heures, l'auteur a pu recueillir 900 grammes de bile.

En résumé, la terminaison des abcès du foie par fistule biliaire broncho-hépatique, est une véritable exception.

Enfin, il peut arriver qu'aucune cause appréciable ne puisse être invoquée dans la production de la fistule.

Tel est le cas de M. Laboulbène : chez son malade, aucun signe n'attirait l'attention du côté du foie ; rien dans les antécédents pathologiques du patient, ne pouvait faire soupçonner une lésion antérieure, même latente, de cet organe. La fistule paraît donc s'être spontanément produite ; d'où le nom de fistule biliaire hépato-bronchique idiopathique qui lui a été donné.

Nous devons ajouter que cette observation est unique jusqu'à ce jour, et que par suite, de nouveaux faits seraient nécessaires pour éclaircir ce mode pathogénique.

CHAPITRE III

Anatomic Pathologique. — Pathogénie.

Les nécropsies d'individus ayant présenté les phénomènes caractéristiques d'une fistule biliaire hépato-bronchique, sont au nombre de deux seulement ; elles appartiennent à Mandard et à Dreschfeld. MM. Barth et Roger, dans la relation de l'autopsie de leur malade, ne font que mentionner la communication hépato-bronchique directe, confirmant le diagnostic posé. Nous pouvons y joindre notre observation qui est un cas des plus démonstratifs à cet égard.

Dans l'observation de fistule biliaire vésiculo-bronchique de Mandard les lésions sont ainsi décrites. La vésicule biliaire fixée au diaphragme par toute l'étendue de son fond, communiquait par une ouverture arrondie avec la cavité thoracique. Le poumon droit adhérent au diaphragme, offrait dans son lobe inférieur, une cavité ayant le volume de deux noix, irrégulière, anfractueuse, à parois indurées, qui communiquait

inférieurement avec la vésicule. Dans l'intérieur du cloaque formé par la vésicule et cette cavité, on trouvait des calculs nombreux, les uns dans la vésicule, les autres dans le poumon et baignant dans un mélange de pus et de bile. Les canaux biliaires étaient intacts.

Dans l'observation de Dreschfeld, un gros canal biliaire de la face convexe du foie, était dilaté et ulcéré par un calcul ; le diaphragme aminci, tassé, fibreux, difficile à isoler des membranes péritonales et pleurales épaissies.

Dans l'autopsie du malade dont nous rapportons plus loin l'observation, les désordres anatomiques étaient les suivants : au niveau du bord postérieur du foie, dans le sinus costo-diaphragmatique existait un foyer, du volume d'une mandarine, aplati de haut en bas, et contenant un mélange de pus et de bile. La paroi supérieure était formée par le diaphragme soudé à la plèvre et au poumon, la paroi inférieure par le tissu hépatique même. Tandis qu'il a été facile de mettre en évidence l'orifice bronchique du trajet fistuleux, il a été impossible de trouver l'orifice biliaire. Une incision perpendiculaire pratiquée en plein parenchyme, au niveau de la paroi inférieure du foyer, faisait voir au-dessous de la capsule de Glisson, plusieurs grosses dilatations biliaires remplies d'un pus verdâtre et de graviers.

Malgré les investigations les plus minutieuses, M. Lancereaux n'a pas trouvé l'origine du trajet de la bile. Ce fait doit être rapproché de ces cas si fréquents où, après l'incision du parenchyme hépatique, sans lésion

d'un gros canal biliaire, un écoulement abondant et persistant de bile prend naissance.

Dans toutes ces observations, la pathogénie de la fistule est facile à comprendre. Il se produit, sous l'influence d'une affection, primitivement localisée dans le foie ou la vésicule biliaire, un processus le plus souvent suppuratif, qui crée des adhérences entre le foie, le diaphragme, les plèvres diaphragmatique et pulmonaire et le poumon. Ces adhérences se créent, au niveau des points où les connexions entre ces divers organes sont le plus intimes. Le travail d'organisation, parti du foyer ou de la vésicule, se propage et provoque une péritonite partielle adhésive, qui protège ainsi la grande cavité péritonéale contre l'issue de la bile presque toujours infectée.

Quelquefois encore il se produit, entre la face convexe du foie et le diaphragme, une péritonite enkystée sus-hépatique qui se videra par vomique, lorsque le même travail de pleurite adhésive se sera produit dans la cage thoracique. La communication hépato-bronchique est le plus souvent indirecte ; c'est-à-dire qu'il existe sur le trajet, une poche intermédiaire aux canaux biliaires et aux bronches. L'ouverture biliaire échappe parfois, comme nous l'avons vu, aux recherches les plus minutieuses.

La première étape du processus que nous observons, dans la formation des fistules biliaires hépato-bronchiques, existait dans les observations de Berciaux et Archambault. Ces auteurs ont en effet vu des épanchements biliaires, limités par des adhérences périto-

néales, entre la face supérieure du foie et le diaphragme ;
consécutifs, l'un à une cholécystite suppurée typhoïde,
l'autre à une perforation de la vésicule biliaire par un
calcul.

CHAPITRE IV

Étude clinique.

L'expectoration biliaire consécutive à une fistule hépato-bronchique est toujours précédée de phénomènes très variables, en rapport avec leur cause productrice.

Parfois c'est, en apparence subitement que se montre l'expectoration biliaire, mais le plus souvent des prodromes lointains tels que douleurs vagues et irrégulières dans l'hypochondre droit, s'irradiant dans l'épaule, sensation de plénitude dans la région thoracique droite, toux sèche et peu fréquente, traduisent le travail sourd, latent, qui s'effectue du côté des organes hépatique et pulmonaire et des séreuses intermédiaires.

Chez les malades dont nous rapportons les observations, les signes avant-coureurs ont été des coliques hépatiques nettement caractérisées, une déformation de l'hypochondre droit, une altération lente de la santé. Mais le rejet des crachats biliaires, a toujours été mar-

qué par des phénomènes bruyants, tels que toux pénible et quinteuse, dyspnée plus ou moins intense, frissons et fièvre ; alors apparaît le phénomène dominant, c'est-à-dire l'expectoration.

Composée d'un liquide biliaire presque pur, comme dans les observations de MM. Laboulbène et de Fouché, elle est le plus souvent formée, au début, par un mélange de mucosités bronchiques, de bile et de pus, fétide ou non, extrêmement abondant.

L'arrivée de cette bile dans la bouche, donne aux malades un goût d'une amertume très prononcée, et leur teint la langue en jaune. Mais ce sont surtout les réactions, les analyses chimiques et les examens histologiques, qui permettent de reconnaître avec certitude la nature des matières contenues dans ces vomiques, et de remonter à la cause.

La matière colorante de la bile est mise facilement en évidence, soit au moyen du réactif de Gmelin (acide nitrique nitreux), soit par la méthode de Kühne : celle-ci consiste à verser dans un verre à expérience de l'acide nitrique contenant de l'acide nitreux, de manière que cet acide forme au fond du verre une couche haute de quelques centimètres, puis avec une pipette, on fait arriver à la surface de l'acide, une certaine quantité du liquide à examiner. S'il contient de la cholépyrrhine, le jeu des couleurs se manifeste d'abord au contact des deux liqueurs, par un anneau d'un beau vert : cette coloration gagne peu à peu de bas en haut, en même temps que la zone inférieure de l'anneau tourne au bleu, au violet et enfin au jaune.

Quant aux sels biliaires, leur présence sera mise en évidence par le procédé de Petenkofer ou de Neukomm.

La teinte ictérique, ou plus souvent subictérique des muqueuses et de la peau, la décoloration des selles, et la présence de la bile dans les urines, accompagnent quelquefois le début de la formation de la fistule biliaire, quelle qu'en soit la cause. Les phénomènes gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, diarrhée, sont plus rares.

L'examen complet des malades et un interrogatoire minutieux, donnent de précieuses indications sur l'origine de cette expectoration de bile. Ces malades sont amaigris, abattus. L'hypochondre droit ne révèle quelquefois rien d'anormal à la vue. Mais il existe souvent une voussure avec une immobilité dans les mouvements respiratoires.

La palpation fait sentir un empâtement au niveau de la vésicule qui est dilatée ou non.

Le foie est de volume normal, ou bien il remonte plus ou moins près du mamelon; et on voit son bord inférieur descendre au-dessous des fausses-côtes.

L'auscultation de la région hépatique et de la base du poumon droit fait entendre des râles cavernuleux, bulleux, et un souffle amphorique sur lequel insistent MM. Barth et Roger, pour le diagnostic d'une cavité intra-hépatique communiquant avec les bronches. Les râles et le souffle s'accroissent toujours au moment où le malade tousse. Les signes stéthoscopiques pulmonaires consistent en râles de bronchite, râles ronflants ou muqueux, à bulles de volume variable, dont le nombre semble être en rapport avec l'accumulation plus ou

moins considérable de mucosités dans les voies respiratoires. De la matité, une diminution du murmure vésiculaire, des frottements pleuraux, du souffle ont été constatés, lorsqu'il existait en arrière, une poche interposée entre le foie et le poumon.

Le passage incessant des crachats biliaires a pu provoquer des phénomènes de laryngite, de pharyngite et de stomatite.

L'expectoration a eu dans tous les cas que nous publions des caractères absolument tranchés. Le malade est sans cesse secoué par des quintes de toux, à la suite desquels il expectore des crachats bilieux, de temps à autre ; et quand il est resté quelque temps sans cracher, on voit survenir de véritables vomiques biliaires.

La quantité de liquide varie notablement avec les cas, mais il a toujours été extrêmement abondant, allant de 300 grammes à 700 grammes dans les vingt-quatre heures.

Dans les observations où le malade a guéri, l'abondante expectoration biliaire a diminué peu à peu, mais la guérison a toujours demandé des mois pour se produire.

La présence du sang a rarement été signalée, et cette absence d'hémoptysies, pendant la formation et le cours des fistules hépato-bronchiques, est intéressante à signaler, quand on songe à leur fréquence, dans les cas de vomiques purulentes pulmonaires.

On signale très fréquemment des douleurs plus ou moins vives, siégeant à la région hépatique, et s'irradiant vers l'épigastre et vers l'épaule.

La dyspnée est toujours en rapport avec l'étendue des lésions hépatiques et pulmonaires concomitantes, occasionnant un refoulement ou une congestion du poumon droit, ou bien un foyer de broncho-pneumonie, et rétrécissant ainsi quelquefois beaucoup le champ de l'hématose.

Le cœur est normal, et ne semble pas ressentir le contre-coup de l'affection abdominale.

L'état général n'est pas sans être influencé, par la déperdition incessante de bile, et l'amaigrissement est cité dans quatre de nos observations. L'appétit est conservé, malgré ce passage continu de bile dans la bouche.

La constipation est fréquente, les selles sont colorées, les urines plus rares.

Aussitôt l'affection constituée, sa marche est monotone, uniquement constituée qu'elle est par cette expectoration biliaire accompagnée de quintes de toux.

La quantité de bile rendue varie peu d'un jour à l'autre, elle est toujours abondante et ne diminue que lorsque la guérison se dessine. Celle-ci a été le mode de terminaison le plus fréquent : la mort, toutefois, a été observée, amenée par quelque complication pulmonaire ou par dépérissement lent, par cachexie.

La complication la plus à craindre est l'infection biliaire, qui amène rapidement l'insuffisance hépatique. Elle se traduit par la sécheresse et la rougeur de la langue, le délire et des hémorrhagies.

Dans notre observation, la mort a été précédée par ce syndrome.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic positif de la fistule biliaire hépato-bronchique est des plus faciles, même quand on n'a pas assisté au début des accidents. La seule erreur possible serait de prendre, chez un malade atteint de lithiasé biliaire, un vomissement bilieux, pour une vomique d'origine hépatique. Il faudra donc toujours étudier la façon dont la bile est rendue, et explorer la région épigastrique. Nous devons avouer toutefois que le doute sera rarement permis, et que la question ne se posera qu'exceptionnellement.

Il est des cas où une vomique pleurale ou pulmonaire, composée d'un liquide jaune verdâtre, pourrait avoir l'air de contenir de la bile. L'examen chimique de l'expectoration devra être fait dans ces cas. — La matière colorante biliaire sera décelée par l'acide nitrique nitreux, ou réactif de Gmelin, ou encore par le même réactif suivant la méthode de Kühne. — Les sels de la

bile seront reconnus grâce à la réaction de Neukomm ou de Petenkoter.

Quand on a bien constaté qu'il s'agit de bile, et de bile rejetée par vomique, il est évident qu'il s'agit d'une communication morbide entre une bronche et les voies biliaires ulcérées.

Alors se pose la question vraiment délicate, celle du diagnostic de la cause, qui peut pendant quelque temps rester en suspens, et n'être résolue qu'indirectement et par voie d'exclusion.

Dans les cas d'*hydatides du foie*, il est assez fréquent de noter des troubles fonctionnels. En effet, comme dans les cas que nous étudions, le kyste occupe la face convexe du foie et est voisin de la capsule de Glisson, il se produit de la périhépatite adhésive, toujours douloureuse. Le malade accuse une sensation de pesanteur, de tiraillement, de plénitude vers la région hypochondriaque, une tension hypogastrique et un endolorissement profond s'exaspérant sous l'influence des mouvements. Les troubles digestifs font rarement défaut à cette période; ils consistent en anorexie, dégoût des aliments azotés et des substances grasses, crampes gastriques très pénibles.

Plus tard, l'attention du médecin est appelée du côté du foie, et dès lors le diagnostic devient plus facile. L'organe est augmenté de volume; on constate aisément, par la percussion, que la matité s'étend au delà des limites de l'organe, en haut et en bas, et il n'est pas rare de trouver une voussure localisée au niveau de l'hypochondre ou de la région épigastrique. Cette aug-

mentation de volume limitée, globuleuse, souvent à maximum sous-xiphoïdien, est un signe de kyste du foie ; car la plupart des affections qui s'accompagnent d'hypertrophie du foie se traduisent par un empâtement de toute la région qui est élargie et uniformément soulevée.

Par la palpation, on pourra parfois sentir, au niveau du point culminant de la voussure, une rénitence profonde et une sensation d'empâtement qui contraste avec la dureté des parties voisines. — Dans quelques cas, la fluctuation est assez nette, et l'on a distinctement la notion d'une collection liquide. Enfin dans des conditions tout à fait exceptionnelles, il est possible de sentir le *frémissement hydatique* qui est pathognomonique.

Quand la voussure du côté du thorax est très accentuée, on constate une déformation thoracique avec altération du murmure vésiculaire. Enfin, quand la fistule est formée, la présence dans l'expectoration biliaire de membranes d'hydatides ou de crochets d'échinocoques lèvera tous les doutes. On doit se souvenir que des examens minutieux et répétés sont souvent nécessaires, et que leur résultat pourra en rester longtemps négatif, surtout si les malades ne sont vus que quelque temps après l'établissement de leur fistule broncho-hépatique.

Supposons que la cause première soit la lithiase biliaire, et voyons comment nous pourrions faire le diagnostic causal. S'il existe des calculs situés dans les voies biliaires intra-hépatiques, leur présence pourra être seulement soupçonnée ; en effet ils ne donnent naissance qu'à des phénomènes douloureux, vagues et

insuffisants pour conclure d'une manière ferme. Le doute cessera, dès que l'examen du liquide rendu par la vomique, fera reconnaître la présence de petits graviers, ou plutôt de poussière biliaire qui indique que la lithiasé a son siège dans les fines ramifications biliaires.

Quand il y a accumulation de calculs dans la vésicule du fiel, leur présence se traduit parfois par des signes assez nets pour que le diagnostic soit possible. Quand les calculs sont abondants et que la vésicule s'approche de la paroi antérieure de l'abdomen, on peut, dans des cas heureux, sentir la présence d'une tumeur dure, bosselée, irrégulière, toujours douloureuse à la percussion ou à la palpation profonde; la collision des calculs pourra être produite, et donner un renseignement tout à fait caractéristique. L'existence de coliques hépatiques antécédentes, avec irradiations spéciales, les poussées d'ictère après chaque nouvel accès, la décoloration des matières fécales montreront parfois l'existence de lésions anciennes des voies biliaires. Mais on doit savoir que les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

Dans quelques observations, la lithiasé a sommeillé pendant une longue période prodromique; à peine avait-on noté quelque pesanteur à l'hypochondre et de l'endolorissement sous-costal. Puis, brusquement, la fièvre apparaît avec son cycle caractéristique; des nausées, des vomissements bilieux se montrent, la vésicule se gonfle et devient très douloureuse, le foie se tuméfie; enfin tout indique une suppuration des voies biliaires. Ce début rapide par cholécystite suppurée doit être

noté, bien qu'il soit beaucoup moins fréquent que celui par coliques hépatiques.

Dans un troisième cas, il peut s'agir d'un abcès du foie qui s'est vidé dans les bronches. Quand le traumatisme en est la cause, l'évolution du mal met rapidement sur la voie. Quelques jours après l'accident, une douleur fixe, limitée au rebord costal droit se fait sentir. Le foie augmente de volume, et une teinte subictérique peu prononcée se manifeste. La fièvre, la prostration, et parfois des phénomènes typhoïdes indiquent la formation d'un foyer purulent. Ces faits sont rares, et le plus souvent la suppuration du foie est due à une lésion du tube gastro-intestinal.

La dyssenterie tient la première place, et chacun sait la fréquence des abcès du foie dans les pays chauds où la dyssenterie est endémique. A côté de cette cause se rangent la typhlite et la pérityphlite, l'inflammation et l'ulcération de l'appendice iléo-cæcal ou appendicite, les gastrites ulcéreuses, la fièvre typhoïde. Donc, chaque fois qu'un malade sera observé porteur d'une fistule biliaire hépato-bronchique, il sera utile de reconstituer l'histoire du mal, les anamnestiques pouvant mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

Dans les cas d'abcès d'origine dyssentérique, le début commence d'ordinaire à la suite d'une fatigue exagérée, ou bien d'un écart de régime ou d'un excès de boissons. Il n'existe pas de frisson en général, les malades sont simplement courbaturés; ils ont la peau chaude et la tête lourde. — La région du foie est tendue, douloureuse; l'organe déborde largement le rebord costal,

enfin il se produit du côté de l'hypochondre droit, une douleur vive, *point de côté hépatique* des médecins de la marine.

La fièvre s'allume et affecte souvent des allures périodiques, surtout au moment où le pus se collecte ; les troubles gastro-intestinaux sont intenses, et le vomissement est fréquent, l'ictère est rare.—C'est à ce moment, en général, que la collection liquide fait irruption dans les bronches et que se produit la vomique. Nous savons qu'il est rare qu'une expectoration bilieuse persistante soit la suite de ce mode de terminaison.

Il est évident, qu'en cherchant du côté des voies biliaires ou du tube gastro-intestinal, on trouvera presque toujours la porte d'entrée de l'infection. Toutefois, si aucun des symptômes qui caractérisent les affections que nous venons de passer en revue n'existe ou n'a existé, on sera forcé d'admettre l'existence d'une fistule idiopathique provoquée par un travail pathologique qui n'a pas retenti sur l'économie et qui, par suite, ne pouvait être diagnostiqué (Laboulbène).

CHAPITRE VI

Pronostic.

Si nous nous reportons aux observations que nous avons pu rassembler, nous pouvons dire que les fistules biliaires broncho-hépatiques n'entraînent pas, par elles-mêmes un pronostic trop sombre. Trois des malades dont nous rapportons l'histoire, sont radicalement guéris ; ils n'ont pas présenté de lésion gangréneuse ou hémorrhagique du parenchyme pulmonaire, ni même d'inflammation pleurale. Quant aux cas terminés par la mort, il s'agissait de lésions anciennes qui ont amené une issue funeste par épuisement, par cachexie.

Le contact de la bile avec l'arbre respiratoire, paraît y produire purement les lésions vulgaires de catarrhe que tout corps étranger non septique y produirait. Le sphacèle de la muqueuse, l'ulcération des vaisseaux pulmonaires, la propagation à la plèvre ne sont pas notés.

Il est probable d'ailleurs que la bénignité relative des fistules, résulte de la manière même dont elles se produisent. Le travail inflammatoire, en effet, est lent ;

des adhésions intimes ont le temps de se former, entre le foie et le diaphragme d'une part, le diaphragme et la plèvre d'autre part. Aussi la bile ne peut-elle fuser dans ces parties, où sa présence aurait peut-être des inconvénients. Elle suit la voie bronchique, et c'est à la surface interne des bronches seules, qu'elle fait sentir son action irritante.

Nous devons ajouter cependant, que même dans les cas dont l'issue a été heureuse, l'amaigrissement des malades a été très notable et la convalescence très longue. Cette observation fournie par la clinique tend à démontrer que suivant les expériences de Schmidt, Bidder, Muller, les matériaux de la bile, qui normalement sont résorbés dans l'intestin, sont un appoint nécessaire pour le maintien de l'intégrité du processus nutritif.

Il faut ajouter de plus, que le pronostic dépend avant tout de la cause génératrice de la fistule et de la conservation du bon état général. D'ailleurs, il serait téméraire de conclure sur le petit nombre de cas épars dans la littérature médicale.

Notre action, pour la fistule biliaire hépato-bronchique, est forcément très limitée, on ne peut penser qu'à agir sur la cause, par une intervention chirurgicale, pour supprimer soit un kyste hydatique, soit un abcès intra-hépatique.

Les récentes recherches sur la pathologie des voies biliaires, autorisent aujourd'hui des interventions qu'on aurait pu juger téméraires il y a quelque temps encore (Voyez thèse de Lagenière, 1890, Terrier, *Bull. Soc. chirurg.* 1890-91.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(*Personnelle.*)

Lithiase biliaire. — Attaques de coliques hépatiques répétées. — Obstruction des canaux biliaires principaux; dilatation consécutive de ces canaux. — Cirrhose hypertrophique biliaire. — Infection biliaire. — Angiocholite suppurée. — Abscès biliaire ouvert à travers le diaphragme, dans les bronches. — Fistule biliaire hépatobronchique, persistante. — Insuffisance hépatique. — Mort.

La nommée B... (Léa), femme de ménage, âgée de 50 ans, entre le 13 avril 1891, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 24, dans le service de M. le Dr Lancereaux.

Antécédents héréditaires : Père, toujours bien portant, mort à 69 ans de maladie inconnue. Mère morte à 34 ans de suites de couches, deux frères morts en bas-âge.

Mari alcoolique, mort enflé (?)

Antécédents personnels : Scarlatine à 10 ans. — Angine à 17 ans. — A toujours été bien réglée; ne perdait pas en blanc.

Trois grossesses, couches faciles, pas de fausses couches. Ni migraines, ni épistaxis, ni varices, ni rhumatismes, ni hémorrhoïdes.

La malade s'est toujours bien portée jusqu'en 1883 (elle avait alors 42 ans). A cette époque, en soignant son mari, elle est prise tout-à-coup d'un refroidissement, se met à frissonner, puis vomit de la bile (une cuvette environ). Immédiatement après, elle ressent une douleur très vive, continue, localisée dans l'hypochondre droit et si intense qu'elle ne pouvait rien supporter sur cette région, pas même un drap.

Elle s'aperçoit, le soir, qu'elle est devenue *toute jaune* et que ses matières fécales sont décolorées, blanches. Cette douleur vive, persiste pendant quatre à cinq jours, mais disparaît à la suite de purgatifs ; alors son teint pâlit, ses fèces reprennent leur coloration normale, elle reste faible pendant trois à quatre semaines et son appétit revient peu à peu.

La malade nous raconte que, depuis huit ans, elle a tous les ans, pendant deux à trois jours, une douleur très vive dans l'hypochondre droit, douleur accompagnée d'une teinte subictérique de la peau et de la décoloration des matières fécales ; mais, raconte-t-elle, le tout disparaît promptement et elle peut alors reprendre son travail.

En octobre 1890, nouvelles douleurs dans l'hypochondre droit, mais moins vives que les autres fois. La malade devient jaune, les matières sont tantôt décolorées, tantôt normales. L'appétit est conservé, mais les forces ont beaucoup diminué, et l'amaigrissement s'accroît.

Du mois d'octobre au 13 mars dernier, elle conserve une teinte subictérique et une douleur sourde dans l'hypochondre droit. Elle peut toutefois continuer son travail, mais elle perd de plus en plus ses forces et s'amaigrit tous les jours.

Le 13 mars, vers 3 heures de l'après-midi, la malade est prise de frissons, d'envies de vomir (rend seulement quelques gorgées d'eau). Douleur très vive dans la région hépatique, les fèces sont de nouveau décolorées. Depuis deux à trois jours, elle s'était aperçue qu'elle devenait plus jaune.

14 mars. — Elle se trouve mieux, la douleur a presque disparu et le teint commence à pâlir. Mais le 21 mars, elle constate qu'elle

a le ventre enflé ainsi que les jambes et les pieds. Elle garde le lit jusqu'au 30 mars, gênée seulement par le ballonnement du ventre et l'œdème des membres inférieurs.

Régime lacté. Notre malade n'a jamais eu la moindre hémorrhagie.

13 avril. — Se trouvant très affaiblie et l'ascite augmentant tous les jours, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Femme très amaigrie; les yeux sont légèrement excavés, le teint est jaunâtre; la voix est faible, mais l'intelligence est bien conservée. Ascite remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sensation de flot. Dilatation veineuse des deux côtés de l'abdomen. Le foie déborde de un fort travers de doigt le rebord des fausses côtes et remonte à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

Plaques psoriasiformes au coude gauche et aux genoux.

Rate volumineuse.

Cœur normal.

Traitement : Régime lacté.

17 avril. — La malade a expectoré, pendant la journée d'hier et pendant la nuit, des crachats muqueux, mousseux, légèrement jaunâtres.

18. — Elle a craché une cuvette environ d'un liquide verdâtre, légèrement épais, filant, et sur lequel surnage une mousse jaunâtre. Elle a rendu ce liquide après avoir toussé, et par gorgées. Elle est bien sûre qu'elle ne l'a pas vomi. Quantité, 1,200 grammes. Les matières fécales sont tout à fait décolorées. Pigment biliaire dans l'urine.

Suppression du régime lacté. Potion de Todol. Une ponction, faite au niveau de la face convexe du foie, n'a ramené qu'un peu de sang.

19. — Elle a toussé presque toute la journée et la nuit; à la suite de la toux, crachats bilieux analogues à ceux de la veille, 1,000 grammes environ. Notre malade se trouve très fatiguée par la toux. Sa bouche est sèche et très amère. A l'auscultation, rôles muqueux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

20. — Toux opiniâtre pendant la nuit. Crachats épais, verdâtres, entremêlés de mucus et de quelques filets de sang, 700 grammes.

21. — Toux continuelle, mais surtout par quintes, survenant quelquefois immédiatement après avoir mangé, parfois cinq à six heures après. C'est à la suite de ces quintes qu'elle expectore une gorgée de liquide bilieux.

22. — Crachats moins abondants que la veille, mais plus épais et adhérent légèrement au vase. La nuit a été bonne.

23. — A rendu 300 grammes environ de liquide bilieux semblable à celui des jours précédents.

24. — 300 grammes.

25. — 250 grammes.

26. — Même quantité que la veille. Pendant ces derniers jours elle se trouve mieux et les quintes de toux sont moins fréquentes.

27. — La nuit a été bonne. Toux rare, pas d'expectoration.

28. — Pas d'expectoration. Ponction abdominale. On retire neuf litres d'un liquide légèrement verdâtre, non albumineux.

29. — La malade s'est trouvée bien soulagée par la ponction. Moins d'oppression. Nuit bonne. Pas de crachats bilieux.

30. — Nuit mauvaise. Quintes de toux et expectoration de 200 grammes de liquide bilieux.

2 mai. — A craché, à la suite de quintes de toux, un liquide bilieux très épais, vert foncé et sur lequel surnagent quelques crachats nummulaires. La malade se trouve bien fatiguée.

3. — A toussé une partie de la nuit ; l'expectoration est plus abondante que les jours précédents. 500 grammes.

5. — Les crachats sont aujourd'hui très épais, adhèrent fortement au vase ; la malade a grand-peine à les rendre. Elle se plaint de souffrir beaucoup depuis hier dans l'hypochondre droit, douleur très vive paroxystique irradiant vers l'épaule droite. Elle se trouve très oppressée, perd de plus en plus ses forces et répond difficilement aux questions qu'on lui pose, car le moindre mouvement est une cause de fatigue. Une ponction, faite en arrière avec une longue aiguille, est négative. Mais une autre ponction, pratiquée au-dessous du sein droit, donne issue à un liquide légèrement verdâtre contenant des pigments biliaires.

6 mai. — L'oppression a beaucoup augmenté. Gémissements toute la nuit. Insomnie. Elle n'a plus la force de cracher.

Ce matin, la malade a les yeux excavés, le nez est effilé, les pommettes sont creuses ; les dents sont recouvertes d'une matière brunâtre : les lèvres sont fendillées et sèches, la langue rôtie, sèche. Assise sur son lit, elle fait beaucoup d'efforts pour avoir sa respiration, pousse des gémissements et ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Le pouls est faible, à peine perceptible. Morte vers 10 h. du matin.

N.-B. — Pendant son séjour à l'hôpital, ses matières fécales ont été continuellement décolorées.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort : Cadavre très émacié. Tout le tégument externe est ictérique (jaune citron); extrémités inférieures œdématisées. Ni purpura, ni ecchymose. Il s'écoule, de la bouche et du nez, un liquide verdâtre biliaire.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité (cinq à six litres environ) d'un liquide légèrement teinté en jaune par la bile et qui tient en suspension de petits flocons blanchâtres. La séreuse péritonéale est comme lavée, non injectée. Le grand épiploon, revenu sur lui-même, est verdâtre, infiltré de bile. Les anses intestinales sont distendues par des gaz et contiennent des matières décolorées.

L'estomac est rétracté. Les plis de la muqueuse sont très accusés. Pas d'ecchymose, pas d'ulcération. *Mésentère* non surchargé de graisse. *Pancréas* hypertrophié très dur, scléreux. Le canal de Wirsung, non dilaté, est ouvert dans toute son étendue. Il s'ouvre librement dans l'intestin.

Rate grosse (450 grammes), mesure 20 centimètres verticalement, 12 cent. transversalement. Pas de périsplénite. Adhérence intime de la queue du pancréas à la rate.

Le parenchyme a sa consistance normale. Pas d'abcès ni infarctus (Mise en culture du suc splénique).

Reins de volume et de consistance ordinaires, très peu colorés par la bile.

Ovaires. — L'ovaire droit blanchâtre, scléreux, présente dans

son épaisseur une masse jaunâtre demi-molle, semblable à du beurre. Au-dessous, dans l'épaisseur du ligament large, siège un kyste du volume d'une orange. Il renferme une masse caseuse blanchâtre et des poils. En un point, est une masse grosse comme un pois qui sera examinée ultérieurement. C'est là, sans doute, le vestige de l'inclusion fœtale. L'ovaire gauche est également blanchâtre et très dur.

Utérus normal.

Foie augmenté de volume. Il mesure 25 cent. verticalement. Le diaphragme n'adhère en aucun point de son bord antérieur et de sa face supérieure.

Le *parenchyme*, dur, ne se laisse pas perforer avec le doigt. La surface est légèrement inégale, granuleuse, teintée en vert. Cet organe est enlevé avec le poumon droit et le duodenum, afin de conserver les rapports de ces divers organes entre eux et de mettre en évidence la fistule biliaire hépato-bronchique.

Les canaux biliaires extra et intra-hépatiques sont énormément distendus, bourrés de calculs biliaires. Le canal cholédoque atteint le volume de l'intestin grêle. Son orifice intestinal est oblitéré par un volumineux calcul.

La pression de ce canal ne fait sourdre aucune goutte de liquide dans l'ampoule de Vater.

La vésicule biliaire, revenue sur elle-même, adhère au duodenum par son fond ; elle contient des calculs biliaires avec très peu de bile. Cette bile est recueillie avec toutes les précautions nécessaires pour les examens bactériologiques.

A la coupe, le parenchyme hépatique apparaît granuleux, verdâtre. Tous les canaux biliaires sont dilatés, remplis de calculs en quantité considérable. On dirait véritablement que l'on a pratiqué dans ces canaux une injection solidifiée qui s'est fragmentée. Ces calculs nagent dans un liquide purulent verdâtre. Le lobe gauche, diminué de volume, est parcouru par de gros vaisseaux biliaires remplis de pus et de sable biliaire.

A mesure que l'on s'approche du hile hépatique, les voies biliaires présentent des dimensions de plus en plus accusées. Les unes

acquièrent le volume du cholédoque normal, les autres atteignent ou dépassent même trois ou quatre fois ses dimensions. L'accumulation des graviers et des calculs s'accuse aussi de plus en plus.

Pour arriver sur le trajet fistuleux hépato-bronchique, on incise la trachée et les ramifications bronchiques droites qui sont remplies de bile claire, transparente, vert bouteille. Cette dissection nous mène au niveau du bord postérieur du foie, dans le sinus costo-diaphragmatique. Là, le foie, le diaphragme, la plèvre diaphragmatique et la base pulmonaire droite adhèrent de la façon la plus intime entre eux.

En suivant les divisions bronchiques, on arrive enfin à un foyer situé, comme nous l'avons vu, en arrière, sur le bord postérieur du foie. Ce foyer, du volume d'une mandarine, a ses parois irrégulières, il est aplati de haut en bas, anfractueux et contient un liquide verdâtre, mélangé de pus et de bile.

La paroi supérieure est formée par le diaphragme soudé à la plèvre et au poumon, la paroi inférieure par le tissu hépatique même. Quoique l'ouverture de ce foyer ait été aussi large que possible, il a été impossible de trouver l'orifice biliaire du trajet fistuleux. Une incision perpendiculaire, pratiquée en plein parenchyme, au niveau de la paroi inférieure du foyer, fait voir au-dessous de la capsule de Glisson, plusieurs grosses dilatations biliaires remplies d'un pus verdâtre et de graviers.

Cavité thoracique. — Léger épanchement d'un liquide séreux, limpide, dans la plèvre gauche. A droite, épanchement plus considérable constitué par un liquide jaunâtre mais limpide.

Le *poumon droit* est adhérent au diaphragme en arrière. Son bord antérieur est affaissé. Les lobes inférieur et moyen sont soudés entre eux, et au niveau de la lèvre antérieure apparaît une traînée purulente blanc verdâtre.

Toutes les ramifications bronchiques sont remplies de bile verte.

Poumon gauche assez congestionné. Pas de tuberculose, ni infarctus, ni abcès. Les ramifications bronchiques ne contiennent qu'un mucus non teinté par la bile.

Péricarde. — Ne renferme pas de liquide, non adhérent.

Cœur. — Le ventricule gauche a ses parois hypertrophiées. Elles mesurent trois centimètres à leur partie moyenne. La cavité n'est pas augmentée de volume. Valvule mitrale souple, non indurée. Valvules sigmoïdes suffisantes, pas d'athérome de l'aorte.

Ventricule droit surchargé de graisse, mou, dilaté; valvules tri-cuspide et pulmonaire normales.

Cavité crânienne. — Centres nerveux, pas de lésions, os mous, friables. Muscles décolorés, amaigris.

OBSERVATION II.

Des calculs biliaires.

(MANDARD. Thèse doct. Paris, 1854.)

Le nommé X..., âgé de 70 ans, ancien sous-officier de l'Empire, homme d'une forte constitution, tomba malade dans le courant du mois de novembre 1849. Depuis quelque temps déjà, il se plaignait de douleurs vagues et irrégulières à la base de la poitrine, lorsqu'il fut pris de fièvre, de dyspnée, de toux, de douleur vive dans la région thoracique droite. On diagnostiqua une pneumonie de la base. La maladie ne suivit pas une marche régulière, et au lieu de se terminer par résolution, passa à l'état chronique. Il y eut une expectoration abondante de crachats purulents qui firent croire à un abcès du poumon; mais les crachats prirent bientôt d'autres caractères: ils devinrent bruns, verts, puis tout à fait bilieux; en même temps, la quantité de liquide expectoré s'accrut sensiblement; les quintes de toux amenaient des flots de bile. L'auscultation faisait percevoir à la base du poumon tous les signes d'une caverne. Le malade s'affaiblit de plus en plus et succomba dans les premiers jours du mois d'avril 1850.

A l'autopsie, le cadavre était d'une maigreur extrême; le foie n'était pas augmenté de volume; un petit abcès gros comme un dé à coudre occupait son bord antérieur. Le péritoine présentait

dans la région du foie des brides celluleuses anciennes ; la vésicule était fixée au diaphragme par toute l'étendue de son fond ; elle était plus volumineuse qu'à l'état normal ; ses parois étaient épaissies ; lorsqu'on l'eût incisée, on reconnut qu'elle communiquait par une ouverture arrondie avec la cavité thoracique. Le poumon droit avait sa base complètement adhérente au diaphragme ; ses deux lobes supérieurs étaient sains ; dans le lobe inférieur on trouva une cavité ayant le volume de deux noix, irrégulière, anfractueuse, à parois indurées, qui communiquait inférieurement avec la vésicule, et dont le sommet se continuait même avec une grosse bronche, par une ouverture très distincte.

Dans l'intérieur du cloaque formé par la vésicule et cette cavité, on trouva des calculs nombreux, les uns dans la vésicule, les autres dans le poumon, qui baignaient dans un mélange formé de bile et de pus ; enfin à la partie la plus déclive, était une espèce de boue formée par des graviers très nombreux et très fins qui auraient bien pu remplir une cuiller à café. Les canaux biliaires étaient parfaitement intacts.

OBSERVATION III.

*Lue à la Société médicale des hôpitaux, par le Dr Laboulbène,
13 août 1875.*

Fistule hépato-bronchique chez un homme de 46 ans, alcoolique. — Début très brusque ; hypertrophie du foie ; guérison spontanée.

B... H..., âgé de 46 ans, brossier, entré le 14 mars 1875, à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 2, sorti le 1^{er} mai.

B... vient à la consultation de l'hôpital le 14 mars, en disant que depuis le mois d'octobre dernier, il crache de la bile. Cet homme paraît fort et bien constitué ; il est admis de suite.

Antécédents héréditaires. — Les parents de B... n'ont été atteints

d'aucune diathèse; son père est mort de vieillesse; sa mère, en 1832, du choléra. En 1853, il s'est marié. Aujourd'hui, il a deux fils : l'un âgé de 21 ans, l'autre de 18 ans; tous deux robustes et jouissant d'une bonne santé.

B... a en outre deux sœurs et un frère qui se portent parfaitement bien.

Antécédents hygiéniques. — B... n'a jamais été dans la misère. Ouvrier, il a toujours gagné suffisamment pour vivre d'une manière assez confortable. Il avoue qu'il a l'habitude de boire un peu trop de vin; il croit qu'il en boirait bien cinq ou six litres sans se griser. Jamais il ne prend d'eau-de-vie.

Antécédents pathologiques. — La santé de B... a toujours été excellente. Pas de syphilis. Jamais il n'a eu de fièvres intermittentes, jamais de jaunisse, jamais de coliques hépatiques. Il est difficile de savoir positivement la cause de la maladie actuelle. B... a été atteint d'une double cataracte; les troubles de la vision commencèrent il y a trois ans; la double opération, faite il y a deux ans, a parfaitement réussi.

Maladie actuelle. — Le 4 octobre dernier, B... se trouvait à Chartres; en ce moment, il était en parfaite santé.

Pendant la journée, il but une grande quantité de bière.

Le lendemain, en toussant sans grands efforts, il expulsa des crachats verdâtres, et en même temps il commençait à ressentir dans la bouche un goût d'amertume très désagréable; il remarquait de plus que sa langue était jaune. B... est un homme fort intelligent, répondant très bien à toutes les questions qu'on lui pose, et il est impossible d'avoir d'autres renseignements sur sa maladie. Jamais il n'a vomi de pus, jamais de liquide ou de membranes pouvant faire soupçonner l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches.

Depuis le 4 octobre, l'expectoration verte a continué, elle n'a jamais été fétide; d'ailleurs l'appétit n'a pas diminué.

B... n'a rien remarqué d'anormal dans ses selles. Les déjections alvines n'ont jamais été décolorées. Quant aux crachats, il ont toujours présenté la même teinte caractéristique.

Les nuits ont souvent été mauvaises, le besoin de tousser empêchant le sommeil. Quand le malade dort un peu, il rêve, et ses rêves présentent les caractères spéciaux de ceux des alcooliques : il se croit poursuivi par des animaux, chiens ou chats ; il lui semble tomber dans l'eau ou être pris sous un mur qui s'écroule, etc..

Les aliments sont ingérés en conservant leur goût. Pendant les repas, B... a continué à cracher souvent de la bile, mais il ne rend pas ses aliments. D'après le malade, l'expectoration serait plus abondante quelque temps après les repas.

État au moment de l'entrée à l'hôpital, le 13 mars. — Au premier abord, B... présente toutes les apparences de la santé ; il a même un certain degré d'embonpoint. Tous ses organes, examinés avec soin, paraissent sains. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal. A peine trouve-t-on quelques râles disséminés dans les deux poumons.

La palpation et la percussion du foie montrent une hypertrophie nette. La matité commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon ; en bas, le foie déborde les fausses côtes de quatre larges travers de doigt, et il affleure l'ombilic. L'urine rendue depuis hier s'élève de 600 à 700 grammes, elle a une teinte acajou.

Le crachoir est rempli d'un liquide d'un vert jaunâtre, non spumeux, sans mauvaise odeur, présentant absolument l'aspect de la bile. Dans ce liquide nagent quelques crachats muqueux, non teintés en vert. Le poulx est ample et plein.

Température axillaire 36°. Poulx 72. Respiration 20.

Prescription : Eau de Vichy, julep diacodé, quatre portions d'aliments. Eau de Sedlitz pour le lendemain matin.

16 mars. Urines, 600 grammes, présentant la même teinte qu'hier. Même expectoration non spumeuse, non fétide. Le liquide a été examiné par M. Méhu. On a constaté la présence de la bile mêlée à une certaine quantité de mucus.

Le malade a été à la selle : matières moulées, verdâtres, couleur d'épinards cuits. La nuit a été bonne. La langue est ocreuse, comme si on l'avait badigeonnée avec de la teinture d'iode.

M. Laboulbène ausculte de nouveau et avec un grand soin le

malade ; aujourd'hui, il entend dans un point limité à la partie moyenne de la base du poumon droit, des râles nombreux, muqueux, à grosses bulles et à bulles moyennes. En même temps, la percussion, dans cet endroit précis, donne un son un peu plus obscur que du côté opposé. Toutes les personnes suivant la visite constatent nettement l'existence de ces râles muqueux. Pendant qu'on l'examine, le malade est pris d'une quinte de toux, et sans grands efforts, il rend quelques crachats bilieux. Au même moment, les râles disparaissent presque complètement.

Le même examen, qui a été renouvelé plusieurs fois dans la matinée, donne les mêmes résultats : râles à grosses bulles, vers le milieu de la base du poumon droit, dans un point circonscrit, disparaissant quand le malade a toussé et rendu sans efforts une petite quantité de bile. La veille, l'auscultation avait été sans doute pratiquée après une quinte de toux, et les râles n'avaient pas été entendus.

Aujourd'hui, le résultat est bien net, et les signes fournis par l'auscultation sont absolument caractéristiques. Pour M. Laboulbène, le malade est atteint d'une fistule hépato-bronchique ; il y a évidemment là une communication directe entre le foie, un canal biliaire d'un certain volume et les bronches. Si le fait est certain, l'explication est plus difficile, les antécédents faisant, comme le chef de service le fait remarquer, absolument défaut. La quantité de l'expectoration fait supposer que la communication est établie avec des canaux biliaires d'un certain volume. Il n'est pas probable que la fistule ait intéressé la vésicule biliaire ; en effet, les râles sont entendus en arrière seulement. La lésion doit siéger près du bord postérieur du foie.

Le 17. Urine, un litre et demi, moins foncée. Un demi-crachoir est rempli de crachats bilieux, rendus surtout le matin, car l'expectoration de la journée est moins abondante.

L'état général est très bon. Le malade a bon appétit. Son sommeil seul est troublé par le besoin de tousser.

Le 18. Un litre d'urine. Même état que les jours précédents. Le foie a diminué de volume.

Le 20. Les signes fournis par l'auscultation de la poitrine sont exactement les mêmes : râles à la base du poumon droit, disparaissant par la toux et l'expectoration bilieuse. Obscurité du son à ce niveau.

Le 21. Nuit mauvaise sans sommeil. Deux crachoirs sont à peu près remplis. La langue est verte. Un litre d'urine. Le foie est remonté d'environ deux centimètres et demi ; son volume est moindre.

Le 23. Pas de crachats pendant la nuit. Immédiatement après avoir mangé, ce matin, B... a une expectoration abondante et d'une couleur vert foncé. On entend à peine quelques râles à la base du poumon droit, plusieurs grandes inspirations n'en déterminent pas. Le foie, vers la région de la vésicule, offre un empâtement, comme une saillie arrondie. Trois quarts de litre d'urine.

Les crachats sont examinés au microscope. M. Laboulbène constate la présence de larges cellules épithéliales, provenant sans nul doute de la bouche ; deux ou trois cellules arrondies, à noyaux bien nets, sont peut-être des cellules hépatiques.

1^{er} avril. L'état du malade n'a pas changé. Un jour l'expectoration est très abondante, le lendemain elle l'est moins. La quantité d'urine varie également d'un jour à l'autre. Toutes les fonctions s'accomplissent parfaitement bien.

Le 16 avril. Deux litres d'urine. Un demi-crachoir d'expectoration bilieuse. Les râles ne sont pas entendus nettement à la base du poumon droit.

Le 24. Les crachats ont changé de nature. Il y a peu de bile. On voit plusieurs crachats cohérents, qui ne sont pas nummulaires mais déchiquetés, et ressemblant à des crachats de phthisiques ; leur couleur est jaune à leur pourtour, et comme teintée par de l'ocre. Le microscope y fait constater : des noyaux arrondis, ayant 2 à 3 millièmes de millimètre, granuleux, contenant un pigment jaune, et de plus, des leucocytes en grande abondance.

Dans d'autres parties du crachoir, on voit à l'œil nu du sang fluide et quelques très petits caillots peu cohérents.

On éprouve une peine extrême à saisir un de ces caillots pour

le placer sous le champ du microscope. Le sang est très pauvre en globules sanguins; néanmoins M. Laboulbène en a trouvé quelques-uns. Cette rareté des globules est facile à expliquer, puisque la bile exerce une action dissolvante sur les hématies. On voit encore dans la préparation de larges cellules aplaties d'épithélium pavimenteux, provenant certainement de la bouche.

L'auscultation fait constater un peu de rudesse et de la respiration à la base du poumon droit. On entend aussi de temps à autre quelques râles muqueux. Le foie déborde toujours les fausses côtes d'environ deux centimètres; on sent la saillie déjà notée au niveau de la vésicule biliaire.

Le 25. Crachats jaunes à la périphérie, qui a une teinte ocreuse, comme hier, mais peu abondants. Mêmes signes à l'auscultation et à la percussion. Un litre d'urine.

Le 26. Expectoration presque nulle. Quelques crachats déchiquetés et jaunes. La langue est rose et sans enduit bilieux, comme précédemment; le foie n'a pas augmenté de volume. On n'entend plus de râles à la base du poumon droit. Un litre et demi d'urine.

Le 27. Les crachats sont encore moins nombreux; ils sont aussi moins jaunes. Il n'y a plus d'amertume dans la bouche. Trois quarts de litre d'urine. Le malade dit qu'il est guéri et demande à sortir.

Le 28. Même état. Trois à quatre crachats jaunâtres adhérent au fond du vase. Toujours même saillie au niveau de la vésicule. Absence de râles à la base droite.

Le 29. Trois ou quatre crachats d'aspect muqueux. Un litre et demi d'urine. Mêmes signes à l'auscultation et à la percussion.

Le 30. Pas même un crachat. Le crachoir est vide et sec. Absence de râles à la base droite.

Les garde-robes, examinées plusieurs fois depuis quelques jours, sont colorées par la bile, mais pas plus qu'à l'ordinaire.

1^{er} mai. Le malade sort guéri.

Examen avant la sortie. — Un seul crachat jaune adhérent au fond du vase. La rate n'est pas augmentée de volume. En examinant le foie, on trouve toujours une tuméfaction intermédiaire

entre le sternum et le mamelon dans la région de la vésicule. La matité commence à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. En partant de ce point, on trouve les hauteurs suivantes : à la partie interne, près du sternum, la matité donne une hauteur de 11 centimètres $1/2$; sur la ligne mamelonnaire, 15 centimètres; à la partie interne, 13 centimètres.

On avait trouvé les premiers jours de l'entrée du malade de la submatité à la base du poumon droit; il n'y en a plus.

L'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal dans les deux poumons. A la base droite seulement, on perçoit quelques râles à timbre clair, tout à fait sous l'oreille, à la fin de l'inspiration, quand on fait respirer le malade fortement. C'est à coup sûr là de la crépitation pleurale.

B... est très bien portant, et, au point de vue de la santé générale, il se trouve dans le même état qu'au moment de son entrée: il dort mieux et promet de renoncer à ses habitudes alcooliques.

B... est revenu depuis sa sortie, à la consultation. Il nous remercie; il se trouve absolument guéri de son affection bilieuse.

OBSERVATION IV

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 13 octobre 1876;
par M. Berdinel, interne des hôpitaux.

Kystes hydatiques du foie; fistule broncho-hépatique avec expectoration biliaire; abcès du foie donnant issue aux hydatittes : guérison.

Elisa D..., couturière, âgée de 28 ans, célibataire, entrée le 1^{er} septembre 1875, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 6.

Cette femme a été l'an dernier dans le service pour un kyste hydatique du foie qui a été ponctionné deux fois après application de caustique de Vienne. Les antécédents de la malade, qui ne présentent d'ailleurs rien de particulier, et l'observation de cette pre-

mière phase de la maladie, ont été publiés in-extenso, par M. Her-voùët, alors interne du service, dans le n° 60 de la *Gazette des Hôpitaux* (25 mai 1875).

La malade a quitté l'hôpital le 18 octobre parfaitement guérie, du moins en apparence.

Depuis cette époque, elle éprouvait de loin en loin quelques élancements dans la région du foie.

Au mois de juin 1875, elle a été prise de vomissements incessants, en même temps qu'elle ressentait dans le creux de l'estomac des douleurs contusives si fortes qu'elle marchait courbée en deux.

Les vomissements continuant, bien que moins fréquents, elle éprouva vers le milieu du mois d'août de violents frissons, qui, trois jours de suite, durèrent de une heure à trois heures du matin. Elle prit du sulfate de quinine et les frissons devinrent moins violents, mais ils se répétaient tous les deux jours dans l'après-midi; ils s'accompagnaient d'un peu de fièvre et d'une soif vive. Cet état dure jusqu'au 29 août au matin; la malade est réveillée ce jour-là par la toux, un picotement dans la gorge, et tout à coup elle crache des flots d'un liquide très amer et de couleur jaune verdâtre. La toux et l'expectoration continuant, elle se décide à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général est relativement bon, mais la malade est pâle et amaigrie; elle est très tourmentée par une petite toux sèche qui s'accompagne de l'expectoration d'un liquide filant, spumeux, jaune verdâtre. Elle accuse des douleurs sourdes dans le côté droit de la poitrine, douleurs irradiant vers l'épaule. Il n'y a pas d'appétit, la bouche est mauvaise et la malade se plaint du goût horriblement amer des matières expectorées. Il y a de la tendance à la constipation; les fèces sont dures et grisâtres.

Les vomissements ont cessé depuis le début de l'expectoration bilieuse.

En examinant l'hypochondre droit, on n'y découvre pas la moindre saillie anormale; on y voit la trace des deux ponctions faites l'an dernier; la palpation de la région n'est pas douloureuse, mais la percussion est moins bien supportée. Le foie est volumi-

neux; son bord supérieur remonte jusqu'au niveau du mamelon, tandis que l'inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; sa surface paraît lisse et régulière, et l'auscultation de la région hépatique ne donne aucun résultat.

En percutant en arrière le côté droit de la poitrine, on ne trouve de la matité que vers la base; l'auscultation dans ce point fait entendre de gros râles humides disséminés et paraissant se produire dans les bronches de moyen calibre; en un point siégeant tout à fait à la base du poumon et sur la verticale abaissée de l'angle de l'omoplate, on entend comme un gargouillement lointain avec un souffle à timbre amphorique; ces bruits paraissent se passer loin de l'oreille; ils sont confusément perçus et couverts en partie par de gros râles superficiels. Toutes les autres parties de la poitrine et le cœur ne nous présentent rien d'anormal.

Il n'y a pas de fièvre; la peau a conservé sa coloration habituelle.

En présence de ces symptômes, dont le plus frappant est cette expectoration biliaire si abondante, correspondant avec l'arrêt, ou tout au moins une diminution notable de l'écoulement de la bile dans l'intestin, M. Desprès porte le diagnostic de fistule-hépatobronchique, sans se prononcer encore sur la cause et le mécanisme de sa production.

Le 4 septembre, l'état de la malade n'a subi aucun changement. Douleurs dans le côté droit du thorax; toux habituelle, suivie de l'expectoration de matières verdâtres qu'on peut évaluer à près de 4 litre par vingt-quatre heures.

Le traitement consiste en applications de larges cataplasmes sur le ventre; on donne à l'intérieur une potion fortement aromatisée à la menthe pour combattre le mauvais goût des matières rejetées.

Le 5 et le 6, sans qu'aucune modification se soit produite dans l'état général, ni dans l'état local, elle a craché beaucoup moins. Sensation très pénible de gêne respiratoire.

Le 7. L'expectoration a repris toute son intensité. Le liquide recueilli dans vingt-quatre heures est donné à l'analyse.

Le 8. Une nouvelle quantité de liquide est analysée. Voici la note

que nous devons à la parfaite obligeance de M. Prunier, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi :

« Environ 600 grammes d'un liquide verdâtre ont été fournis une première fois; puis une seconde fois 350 gram. à peu près. Crachats en quantité considérable; odeur de menthe manifeste. Le liquide filtré présente une réaction faiblement acide. La densité est de 1,21 à 19 degrés. 100 grammes de liquide, évaporés à sec, repris par l'alcool, ont fourni un extrait dont 5 centigrammes environ traités par le sucre et l'acide sulfurique ont présenté la réaction due à Petenkofer. L'acide nitrique, l'iode, ont aussi établi la présence des composés biliaires. Ces acides biliaires ont ensuite été dosés à part. 600 centimètres cubes de liquide ont été dans ce but traités par l'alcool, évaporés, repris par l'éther, et l'on a obtenu ainsi une masse cristalline d'un poids de 13 gr. 6 environ d'acides biliaires. Or la moyenne des analyses de la bile (dont la composition est du reste très variable à tous les égards) fournit environ 8 0/0 d'acides biliaires. Il y aurait donc dans le liquide examiné un peu plus du quart de bile mélangé à du liquide en excès provenant des bronches. On a constaté aussi la présence de traces de cholestérine. »

Le 9. L'auscultation du poumon droit en arrière permet de constater la présence d'un épanchement pleurétique. Matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, absence de murmure vésiculaire et de bruits anormaux, souffle doux et un peu d'égophonie. Tous les autres symptômes n'ont subi aucun changement. L'expectoration présente toujours les mêmes caractères et la même abondance. La malade maigrit rapidement; elle ne prend qu'un peu de bouillon. Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit du thorax en arrière.

Le 13. Les signes de l'épanchement ont à peu près disparu; les râles sont revenus, mais on entend plus le gargouillement ni le souffle amphorique qu'on semblait entendre le premier jour; frottements pleurétiques très nets. La malade a vomi, mais la nature et l'abondance de l'expectoration n'ont pas varié.

Le 14. Pas de changement dans l'état général de la malade. En

percutant le foie, on constate qu'il s'est légèrement abaissé en même temps qu'il augmentait de volume; la limite supérieure de la matité est descendue à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, mais en bas elle s'étend à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic, et le foie descend jusque vers la fosse iliaque. L'épigastre n'est point tuméfié, mais il paraît uniformément tendu. Nulle part dans les espaces intercostaux, qui se dessinent très bien par suite de la maigreur de la malade, on ne remarque la moindre voussure, on ne constate la moindre rénitence. En arrière, les signes d'auscultation restent les mêmes : râles humides et frottements secs. M. Desprès fait appliquer de la pâte de Vienne sur la cicatrice d'une des eschares faites l'an dernier.

Le 17. Pas de changement. Nouvelle application de pâte de Vienne. L'état général devient plus mauvais; la malade se nourrit à peine: même expectoration; même rareté et décoloration des selles.

Le 20. Aucun changement. Le foie est toujours énorme et descend dans la fosse iliaque droite. M. Desprès, persuadé qu'il y a dans le tissu hépatique une collection de nature indéterminée, enfonce un long trocart courbe dans le foie à une profondeur de 6 à 7 centimètres à travers l'eschare faite par le caustique; il ne s'écoule rien par la canule; un stylet introduit pour la désobstruer si besoin est, est retiré teinté d'un sang noirâtre et épais, mais aucun écoulement n'a lieu. M. Desprès, jugeant que la collection était profonde, ne crut pas devoir traverser le foie de part en part. Un cataplasme est appliqué sur la plaie.

Le 21. Le ventre est un peu ballonné et un peu douloureux à la pression. Le volume du foie a beaucoup diminué; il s'arrête aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il n'est pas douloureux à la pression. Il y a un peu de fièvre (température axillaire soir. 38°, 2; pouls, 120). Rien ne s'est écoulé par l'ouverture; l'eschare est détachée et le muscle grand oblique est à nu au fond de la plaie.

Le 23. Le ventre est revenu à son état normal et n'est plus douloureux. Depuis trois jours la malade a un ictère léger; le foie n'a

pas changé de volume depuis la dernière exploration. Sans changer de caractère (tantôt plus verte, tantôt plus jaune), l'expectoration a un peu diminué, mais les selles ont toujours le même aspect. La malade est très fatiguée par sa toux incessante, et le passage continu de ces matières âcres a déterminé une inflammation du pharynx et de la bouche; la muqueuse est rouge vif et la déglutition difficile.

Le 29. La malade est très amaigrie, fatiguée et abattue; la coloration de la peau est plutôt terreuse que jaune. L'alimentation est presque nulle. L'expectoration, toujours nettement bilieuse, continue sans être influencée ni par la digestion, ni par la compression de la région hépatique; sa quantité a diminué de près de moitié. Le ventre n'est pas douloureux et il n'y a dans l'hypochondre droit qu'un peu de sensibilité à la pression; il est aussi le siège d'une douleur sourde irradiant dans le côté droit de la poitrine. Le foie est toujours aussi volumineux; par la palpation, on sent toujours son rebord au niveau des fausses côtes. Rien ne coule par la plaie du caustique, qui tend à se fermer. Pas de voussure à l'épigastre, ni dans les espaces intercostaux. En arrière et à droite, l'auscultation fait entendre des frottements rudes très étendus, prenant par moments le timbre de bruit de cuir neuf et couvrant en partie les râles humides, toujours très nombreux; pas d'autre bruit anormal; diminution de la sonorité sur une assez grande hauteur. Tendance à la constipation et selles décolorées. L'état général empire de jour en jour.

Le 2 octobre. L'expectoration bilieuse a diminué, tout en gardant ses caractères. La malade a des étouffements, des « vents », qui la gênent pour respirer. Le foie depuis trois jours a augmenté de volume et il descend aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'auscultation donne toujours les mêmes résultats. L'état général est un peu meilleur, mais cependant la malade ne mange pas.

Le 6. Teinte subictérique généralisée. L'état général redevient mauvais. Vomissements bilieux. Pas d'autres modifications.

Le 8. Les vomissements continuent, alimentaires ou bilieux;

tout est vomé. Le ventre, non douloureux, est encaqué en bateau : l'amaigrissement est très considérable, la malade très faible. Le foie descend jusqu'à l'ombilic. La veille et ce jour là, il y a eu un peu de diarrhée et les matières étaient normalement colorées. Depuis deux jours l'expectoration biliaire a considérablement diminué. Il y a en arrière à droite un léger épanchement pleurétique (absence de murmure, souffle doux, matité), sans gêne respiratoire ni fièvre.

Le 12. L'expectoration biliaire a complètement cessé. Les produits de l'expectoration ont toujours été recueillis et examinés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital ; on n'y avait jamais trouvé de débris d'hydatides, et le pus (s'il y en avait) existait en si petite quantité, que la réaction par l'ammoniaque était impuissante à la déceler. Les selles sont rares, mais de coloration normale. L'état général est bien meilleur : la malade reprend un peu d'appétit, la teinte subictérique a disparu. Le ventre est toujours excavé, non douloureux. Le foie descend jusqu'à l'ombilic. En arrière, on trouve encore un peu d'épanchement pleurétique à droite (vésicatoire). Quelques râles disséminés dans la poitrine. Expectoration filante, très abondante et un peu purulente.

Le 13. L'état général s'améliore un peu, mais la teinte subictérique a reparu. Les vomissements ont cessé depuis deux jours, la bronchorrée a diminué. Selles colorées, mais rares et dures. Sur le foie, autour de la plaie de l'eschare, on voit une tuméfaction sensible, arrondie, de la grosseur d'une petite orange, faisant corps avec le foie, et dans laquelle on perçoit une fluctuation obscure. La limite supérieure du foie est descendue à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

Le 20. L'amélioration s'accroît ; la malade a pu se lever un peu. Le foie est toujours volumineux.

Le 25. Le foie a légèrement diminué de volume ; la tuméfaction, qui soulève la plaie de l'eschare, est toujours très apparente, bien limitée, et la fluctuation y devient plus nette ; elle est le siège de quelques douleurs. L'état général est bon ; la malade se lève ; elle mange avec appétit, mais les digestions sont difficiles. L'expectoration est à peu près nulle.

Le 31. Dans la nuit, à la suite d'une quinte de toux, la malade a eu un vomissement biliaire, puis elle a craché la valeur de quatre à cinq cuillerées à bouche d'un liquide verdâtre, ressemblant à ses crachats primitifs. En retirant le cataplasme, on voit du pus sourdre au niveau du foie par la plaie de l'eschare non cicatrisée; la pression fait sortir un demi-verre environ de pus crémeux bien lié, verdâtre, dans lequel nagent de petits corpuscules blanchâtres, gros comme la tête d'une épingle. Dans la journée le pus continue à couler, mais en petite quantité.

Le 3 novembre. L'écoulement du pus a cessé; la plaie se cicatrise rapidement. Il y a des douleurs vagues en arrière et à droite à la base du thorax; de la toux et une expectoration muco-purulente peu abondante. Dans le point douloureux, submatité à la pression, affaiblissement du bruit respiratoire, râles muqueux disséminés.

Le 5. Dans la nuit, la malade, sans présenter aucune modification dans son état général, a été prise par l'expectoration biliaire; les matières rendues ne sont pas très abondantes (200 à 300 grammes par vingt-quatre heures), mais elles présentent les mêmes caractères qu'au début de la maladie. Un vomissement biliaire; les selles restent colorées.

Du 5 au 8. La malade a continué à cracher de la bile. Cette reprise lui a fait perdre rapidement le peu d'embonpoint qu'elle avait recouvré. Il y a des vomissements biliaires et de l'anorexie. Le foie diminue de volume, et la plaie, qui ne laisse plus rien couler, se cicatrise rapidement.

Le 10. L'expectoration biliaire a cessé encore, mais la malade est très affaiblie. Le foie est presque revenu à son volume normal; la plaie est cicatrisée. Bronchorrée abondante.

Le 13. Dans la nuit, la malade a craché environ 50 grammes de bile.

Le 15. Pendant la nuit, nouvelle expectoration de matières bilieuses (50 grammes environ). Les douleurs de la partie postérieure du thorax sont plus vives; l'état général est moins bon. Pas de fièvre.

Le 16. La douleur rend le décubitus dorsal impossible. On décou-

vre à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, dans le dixième espace intercostal, à sa partie la plus reculée, une tumeur elliptique, allongée suivant la direction de l'espace, dont elle occupe toute la largeur sur une longueur de 10 centimètres environ ; elle est le siège de très vives douleurs et présente une fluctuation très nette. Pas de changement de coloration de la peau. La tumeur n'est pas réductible et est à peine influencée par les mouvements de la poitrine et par la toux (cataplasmes). La bronchorrée persiste.

Le 17. Une incision sur la tumeur donne issue à une quantité notable de pus crémeux, verdâtre ; il ne sort point d'air et les secousses de la toux, bien qu'accéléraient l'écoulement, ne témoignent pas d'une communication entre les bronches et l'abcès. Un tube à drainage est placé dans la plaie comme mèche et un large cataplasme complète le pansement.

Le 18. Il s'écoule toujours beaucoup de pus par la plaie thoracique postérieure. L'état général est bon, mais la toux et une abondante expectoration muco-purulente fatiguent beaucoup la malade. Pas de fièvre.

Le 20. L'écoulement de pus a diminué. Toujours très abondante, l'expectoration est toujours composée de 400 à 500 grammes de pus presque pur et rendu tout d'un coup. M. Desprès indique la possibilité d'une vomique, mais dans tous les cas il n'y a pas accès facile de l'air vers la cavité de l'abcès. On retire le tube à drainage.

Le 25. Il sort toujours un peu de pus par l'orifice béant de l'abcès ; il ne sort pas d'air. Le matin, on a retrouvé sur le linge du pansement une substance jaunâtre desséchée, qui, mise dans l'eau, s'est développée en un voile mince, flottant, teinté de jaune par la bile, et qu'on reconnaît facilement pour une enveloppe d'hydatide rompue. Expectoration muqueuse abondante.

Le 27. L'orifice donne toujours passage à une certaine quantité de pus, et tous les matins on retrouve sur le pansement deux ou trois enveloppes d'hydatides flétries. La malade mange bien. Le foie a repris son volume normal. Le ventre n'est pas douloureux. La bronchorrée persiste.

Le 1^{er} décembre, il ne sort plus d'enveloppes par la plaie, et l'écoulement du pus tend lui-même à se tarir. La malade commence à se lever, mais le flux bronchique la fatigue beaucoup.

Le 1^{er} janvier 1876, la plaie suppure toujours un peu, et la bronchorrée, bien que diminuée, n'a pas disparu. Le foie, non douloureux, a peu augmenté de volume. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. L'état général est excellent.

A partir de ce moment, la convalescence n'a plus été troublée, bien que sa marche ait été très lente. L'abcès de la région postérieure donne de moins en moins de pus sans qu'il soit besoin d'y faire des injections : l'orifice étant seulement cautérisé de temps en temps avec le nitrate d'argent. Le foie reprit peu à peu son volume normal.

L'abcès était fermé le 18 avril 1876, et la malade, guérie, avait repris de l'embonpoint ; seulement il était survenu presque subitement des varices aux membres inférieurs. M. Desprès les attribua à la compression exercée sur la veine cave par la rétraction de la cicatrice du foie ayant succédé à l'abcès. Elles ont diminué au bout de quelques jours, et la malade, à qui un bas élastique a été délivré, a pu quitter l'hôpital le 7 mai 1876 complètement remise de sa longue maladie.

La malade a été revue trois mois après, elle était complètement rétablie.

OBSERVATION V.

Dreschfeld. *The Lancet*, 79.

William B..., âgé de 62 ans, laboureur, marié, entra à l'hôpital de Manchester, le 23 avril 1879.

Le malade avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a huit ans, où il eut une hémoptysie qui fut soignée au même hôpital, et qu'on arrêta assez vite. Peu de temps après, il éprouva une

inflammation des intestins avec grande douleur abdominale, ce qui l'alita pendant plusieurs semaines.

A partir de cette époque, il eut une parfaite santé, jusqu'en septembre 1878, où se présenta une nouvelle hémorrhagie pulmonaire, qu'on arrêta assez vite. Depuis lors, il se mit plus ou moins à tousser et à cracher. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, il remarqua que ses crachats devenaient jaunes, brillants, caractère qu'ils ont conservé depuis. Son état général commença dès lors à décliner, et le malade se vit forcé d'interrompre tout travail. Pas d'alcoolisme ni de syphilis ; n'a jamais eu la jaunisse ; n'a jamais, sauf durant son inflammation des intestins d'il y a huit ans, souffert de la région hépatique, laquelle même n'est pas sensible à la pression.

Le malade a conservé son appétit très longtemps, a toujours souffert de la constipation, n'a jamais eu ni dysenterie ni fièvre.

A son examen d'entrée on constate que le malade est petit mince, mais musclé, et légèrement émacié. Pas de jaunisse ; la peau est moite ; pas de symptômes céphaliques ; pas d'affection des nerfs cérébraux ; pas d'arc sénile. Le thorax est légèrement en forme de barrique, son diamètre antéro-postérieur est anormalement grand, ce qui est dû à la cyphose. Les mouvements de la poitrine sont normaux, mais une inspiration même profonde ne produit qu'une légère expansion. Un peu de dyspnée et une toux irritante. L'examen des poumons révèle un peu d'emphysème et de la bronchite des deux côtés. Le malade rejette une quantité considérable de crachats épais, visqueux, d'une couleur verte prononcée, ressemblant assez exactement à de la bile mousseuse. Si on laisse reposer ces crachats, ils se divisent en deux couches, l'une, supérieure, tout à fait verte et fluide, l'autre, jaune et épaisse. On constate que la couche inférieure est formée par des cellules puriformes et des cellules épithéliales et granuleuses ; toutes sont teintées par la matière colorante de la bile. La couche supérieure, verte et liquide, offre toutes les réactions de la bile.

L'expectoration s'élève à 8 et 10 onces (300 grammes) par jour. Elle est rejetée au dehors sans grand effort de toux ; même quand

le malade est couché, elle monte dans la gorge, et s'écoulerait d'elle-même sans toux si le malade n'était forcé de s'asseoir. Pas d'hypertrophie ni de dilatation cardiaque ; les bruits du cœur sont normaux, mais faibles. Pouls 64° ; il est compressible, souple et mince. Les veines superficielles ne sont pas dilatées ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre et épais ; mauvais goût dans la bouche. L'abdomen est rétracté, pas de tumeur ; pas de douleur ni de sensibilité à la pression, que celle-ci soit forte ou légère ; le volume du foie est normal (le bord supérieur atteignant la sixième côte, tandis que l'inférieur ne dépasse pas les fausses côtes). On n'entend pas de crépitation à l'auscultation de la région hépatique. Rate normale. Pas d'appétit ; de la flatulence après avoir mangé ; légère constipation ; fèces de couleur normale. Urine jaune paille, claire, acide : ni albumine, ni sucre, ni acides biliaires, ni matière colorante de la bile. Température 98° (Fahr.).

Le seul symptôme important, outre le léger degré d'emphysème et de bronchite, est l'expectoration de quantités énormes de bile, sans trace de jaunisse ; le seul diagnostic admissible est donc fistule hépato-bronchique.

La cause première d'une telle fistule était toutefois difficile à trouver. Contre l'hypothèse d'un abcès hépatique il y a d'abord l'histoire de la maladie, l'absence de douleur et d'insensibilité de la région du foie, l'absence de diarrhée, la quantité énorme de bile, et au contraire une faible quantité de pus dans les crachats.

Contre l'hypothèse de kyste hydatique, il n'y a jamais eu de grande quantité de liquide rendue en une fois par l'expectoration ; de plus, il y a, contre cette hypothèse, le volume et les rapports normaux du foie. Il ne reste donc plus que l'inflammation idiopathique d'un conduit biliaire ou l'inflammation autour d'un de ces conduits, inflammation produite par un calcul situé dans le foie lui-même (périangiocholite).

Toutefois l'angiocholite idiopathique est très rare, et ici elle a contre elle ce fait (prouvé par les fèces) que la bile normale a passé dans le duodénum, montrant ainsi qu'une partie du foie seulement serait affectée. Enfin l'histoire de la maladie ne nous conduit pas à

supposer que des calculs se seraient formés dans le foie et auraient amené une périangiocholite, laquelle aurait produit une fistule communiquant avec un organe voisin. Cependant après la mort, on reconnut que la vérité se trouvait là.

Mêmes symptômes pendant quelques jours. La quantité de crachats bilieux expectorés s'élève, en vingt-quatre heures, à 9 ou 10 onces (300 grammes). Le 3 mai, vomissement de matière bilieuse, suivi d'une hématomèse abondante. Les signes physiques restent les mêmes. L'urine contient de la matière colorante de la bile, mais pas d'albumine ni de sang. Pas d'ictère.

7 mai. Le malade continue à vomir ; les matières vomies sont quelquefois des aliments, quelquefois de la bile, d'autres fois du sang.

Auscultation de la fosse sus-épineuse droite ; râles sous-crépitaux et résonnance de la voix augmentée ; dans la région axillaire droite, faible murmure vésiculaire et râles muqueux.

Le 9. Malade beaucoup plus faible. Mêmes signes physiques, mais hoquet incessant, et à chaque secousse du hoquet, de la matière bilieuse est rejetée. La quantité expectorée est de 12 onces (360 grammes) en vingt-quatre heures. Pouls 70, très faible. Temp. 97°8 Fahr.

Le 13. Le malade faiblit de plus en plus. Hoquet et expectoration continus. Grande prostration, mais pas de douleur ; intelligence libre. Aucune nourriture ne peut être gardée. Pouls 70. Temp. 97°7, F.

Le malade faiblit graduellement et meurt le 15 mai.

Le traitement fut purement symptomatique : lait, bœuf, thé, glace, acide hydrocyanique et bismuth.

Autopsie. — Ce fut dans l'estomac, les poumons, le foie et le péritoine qu'on trouva les changements les plus notables. L'estomac renfermait des masses noirâtres et grumeuses ; il était dilaté, et la surface de sa muqueuse était le siège de nombreuses ecchymoses. Le péritoine était épaissi en beaucoup d'endroits. Le poumon gauche était le siège d'emphysème et de congestion ; les bronches, légèrement dilatées, étaient remplies d'un mucus écu-

meux, non teinté par la bile. La face supérieure du foie et la face inférieure du poumon droit étaient unies par d'anciennes adhérences au diaphragme, de sorte que ces deux organes furent enlevés ensemble. Alors il fut possible de débarrasser le diaphragme de ces adhérences, mais seulement jusqu'au centre phrénique, lequel était converti en une masse épaisse et blanchâtre qui unissait intimement le poumon et le foie. A part cela, le volume et l'aspect du foie étaient normaux. De la face inférieure de cet organe partaient de nombreuses bandes fibreuses, dont l'une entre autres croisait le col de la vésicule biliaire, de manière à oblitérer le canal cystique. La vésicule biliaire était dilatée, remplie d'un mucus clair ne présentant pas trace de bile ; pas de calculs : pas la moindre trace de communication avec le canal cystique. Des coupes du foie montraient des conduits biliaires, les uns parfaitement normaux et contenant une bile claire, les autres dilatés et remplis d'un liquide épais, jaunâtre et crémeux.

On pouvait suivre ces conduits dilatés jusqu'à la face supérieure du foie, où on les voyait se terminer dans une petite cavité, située à la partie inférieure du diaphragme, cavité aussi remplie du même liquide jaune crémeux. Dans cette cavité on découvrit un petit calcul, à couche externe blanche (sels de chaux), et au milieu un noyau plus foncé (cholestérine et matière colorante de la bile). De cette cavité partait un canal tortueux, qui gagnait le poumon et communiquait avec une bronche.

La structure du foie était normale, sauf le voisinage des conduits biliaires qui était le siège d'une infiltration cellulaire, sans véritables abcès.

Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé, les lobes inférieurs étaient congestionnés. Les parois du canal fistuleux étaient faites d'un tissu fibreux solide, et le tissu pulmonaire dans son voisinage était œdématié et teint en jaune. Le canal cholédoque était perméable, et on pouvait facilement le suivre jusqu'au duodénum.

Remarques. — Les résultats de l'autopsie nous permettent de donner des éclaircissements sur ce cas excessivement rare. L'histoire du malade nous apprend que huit ans avant sa mort, il eut

une péritonite intense. Or, ce qu'on trouve à l'autopsie, telles que, adhérences à la face inférieure du foie, bandes solides disséminées à travers les intestins, entre autres celle qui vient oblitérer par compression le col de la vésicule biliaire, sont évidemment le résultat de cette péritonite. A la suite de l'oblitération de la vésicule biliaire, il y eut stagnation de la bile, surtout à la partie supérieure du foie, là où les canaux biliaires sont plus petits. Pendant cette stagnation de la bile, il s'est formé un calcul, qu'on retrouve après la mort. Ce calcul, une fois formé, aura produit une action irritante, qui a amené de l'inflammation, des adhérences et de la suppuration, et enfin un trajet fistuleux.

OBSERVATION VI.

(*Boston medical and Surgical journal.*)

**Rupture de la vésicule biliaire ? et évacuation par
le poumon.**

M. Edit. — Permettez-moi de vous rappeler brièvement un cas intéressant qui s'est présenté dernièrement dans ma pratique. Le 2 février, je fus appelé pour voir Samuel V..., jeune homme d'apparence robuste. Je lui trouvai un pouls de 120, temp. 103 F., et la peau de couleur foncée. Il y avait une sensibilité extrême dans l'hypochondre droit avec un gonflement considérable et une matité s'étendant au-dessous des cartilages costaux.

La percussion profonde montra que le bord gauche du foie était environ à cinq pouces de la ligne médiane ; on sentait aussi que la vésicule biliaire était considérablement distendue.

Le traitement fut expectant.

Cet état dura sans changement durant les cinq jours suivants, les selles étaient blanches et l'urine contenait de la bile.

Le 7, une toux sèche et répétée se produisit, et le 8, le malade commença à expectorer une grande quantité de bile, ce qui fut

prouvé par l'acide nitrique et les réactifs de Petenkofer. Il y eut délire presque tout le temps et le malade dépérissait très vite. Le 10, les crachats étaient de couleur normale.

Après cela, la convalescence fut très rapide et maintenant, 10 février, il a quitté l'hôpital, quoique très amaigri.

OBSERVATION VII.

(Observation prise dans le service de M. le docteur Gombault, recueillie par M. Gomet, interne ; thèse Fouché, 1885.)

L..., Emilienne, âgée de 20 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Beaujon, le lundi 18 mai 1885, salle Sainte-Monique, n° 6.

Antécédents héréditaires. — Père mort jeune ; la malade ne l'a pas connu et ignore la cause de sa mort. Mère bien portante. Une sœur plus jeune qu'elle bien portante.

Antécédents personnels. — A l'âge de 2 ans, fièvre intermittente double. A 10 ans, variole légère qui a guéri sans laisser de traces.

A 11 ans, menstruation régulière pendant quelques mois ; elle disparut pour reparaître à 15 ans. La menstruation a toujours été irrégulière ; le sang menstruel était peu abondant, alternant avec une leucorrhée qui durait souvent des mois.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

La malade a toujours été d'une santé délicate et menait néanmoins une vie des plus irrégulières.

L'année dernière, elle fit à deux reprises différentes un séjour à Lourcine pour des accidents syphilitiques : chancre induré, roséole, plaques muqueuses. Jamais de coliques hépatiques, ni de jaunisse.

Maladie actuelle. — Sans aucun prodrome, la malade, qui s'était couchée bien portante, fut prise subitement, dans la nuit du samedi au dimanche 17 mai, vers onze heures du soir, d'une violente douleur dans l'hypochondre droit, elle n'a pas dormi de la nuit. Le dimanche matin, malgré sa souffrance, elle voulut se

lever pour travailler ; à peine debout, la douleur était telle qu'elle fut obligée de se remettre au lit. Elle fut aussitôt prise de vomissements bilieux qui durèrent toute la journée et toute la nuit du dimanche au lundi. C'est avec cette vive douleur et ces vomissements que la malade vient à la consultation de l'hôpital Beaujon le lundi 18 mai.

19 mai. — Le lendemain, à la visite, nous trouvons la malade dans l'état suivant : elle est assise sur son lit, le tronc penché en avant, la main droite appuyée sur la région hépatique ; elle ne fait que se plaindre ; elle souffre dans l'hypochondre droit d'une douleur très vive qui irradie dans tout le côté droit et surtout vers l'épaule, et n'a pas diminué d'intensité depuis la veille ; elle a des nausées, des envies de vomir, mais pas de vomissements. Depuis son entrée la langue est blanche, l'anorexie dure depuis trois jours ; il n'y a pas trace d'ictère sur la peau ni sur les muqueuses. Les selles sont grisâtres, terreuses, presque liquides. L'urine est franchement ictérique ; agitée dans l'urinoir, elle se recouvre d'une mousse jaunâtre ; répandue sur le drap du lit, elle y laisse une tache jaune ; enfin, traitée par l'acide azotique et le chloroforme, elle donne la réaction caractéristique de l'urine bilieuse.

A la percussion, le volume du foie est normal, il ne dépasse pas le rebord des fausses côtes ; la malade pousse des cris tant la douleur est vive. A la palpation, on trouve la surface du foie lisse, sans bosselure ni nodosité d'aucune sorte.

La rate est normale.

L'examen des poumons, du cœur, ne révèle aucune lésion. Température, 37°4.

M. Gombault porte le diagnostic de coliques hépatiques et prescrit ce traitement : une injection sous-cutanée de morphine, matin et soir, un purgatif léger, bouillon, potage.

A la visite du soir, la douleur, momentanément calmée par l'injection de morphine, avait reparu aussi vive qu'auparavant ; pas de vomissements. Temp. 37°6.

Le 20. — L'état est le même que la veille. Selles décolorées, urine bilieuse, pas d'ictère sur la peau ni sur les muqueuses. La

douleur reparait trois ou quatre heures après l'injection de morphine. Même traitement. T. mat. 37°2. T. s. 37°4.

Les 21 et 22. — Pas de modification. T. m. 37°2. T. s. 37°4.

Le 23. — La douleur est continue dans l'hypochondre droit; la région est très sensible à la simple palpation. Les vomissements surviennent, d'abord alimentaires et bilieux, puis verdâtres; le ventre se ballonne, il est dur, douloureux à la palpation; la diarrhée persiste, les selles sont toujours terreuses: la face se grippe: le pouls est petit, serré, la température s'élève; la colique s'est compliquée de péri-hépatite et même de péritonite qui semble vouloir se généraliser. T. m. 38°2. T. s. 38°4.

Traitement: Vessie de glace sur le ventre, petits fragments de glace à l'intérieur, bouillon et lait glacé, eau de Seltz.

Le 24. — Les vomissements persistent, la malade rend tout ce qu'elle prend; le ventre est ballonné; les applications de glace calment la douleur. On ajoute au traitement la potion de Rivière. T. m. 38°. S. 38°2. Le pronostic menace d'être inquiétant.

Le 25. — L'état n'est pas sensiblement modifié. Cependant les vomissements semblent moins fréquents. On continue le traitement.

T. m. 38°4. S. 38°4.

Le 26. Les vomissements ont diminué: le ventre est moins ballonné, moins sensible à la palpation; les symptômes de péritonite s'amendent, mais la malade se plaint d'une certaine gêne de la respiration. L'examen de la poitrine ne révèle rien. T. m. 38°. S. 38°4.

Le 27. La dyspnée a beaucoup augmenté, la respiration est courte, fréquente, la malade se plaint de son côté droit. elle dit que la douleur a remonté. On ne trouve pas de douleur sur le trajet du phrénique. M. Gombault fait le diagnostic de pleurésie diaphragmatique. Il ne constate rien à l'examen de la poitrine. Pas de toux, pas d'expectoration. T. m. 37°2. S. 37°4. Grande diminution des symptômes abdominaux.

Le 28. Les phénomènes de périhépatite et de péritonite ont presque complètement disparu, mais la douleur persiste au niveau

du foie et un peu au-dessus. La gêne de la respiration est toujours grande. A la percussion, on constate à la partie inférieure et postérieure du côté droit une diminution de sonorité. A l'auscultation, obscurité de murmure vésiculaire, quelques râles fins disséminés; toux quinteuse, sèche. T. m. 37°. S. 38°2.

Le 29. Les signes de pleurésie deviennent très nets: point de côté, matité dans la moitié inférieure et postérieure droite de la cage thoracique, absence de vibrations, disparition presque complète du murmure vésiculaire, léger souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; à certains moments on entend quelques râles fins à l'inspiration, toux petite, sèche et quinteuse. T. m. 37°2. S. 37°8.

Le 30. La pleurésie s'affirme, on trouve aujourd'hui de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone légère.

Si nous résumons l'histoire de la malade depuis son entrée jusqu'à ce jour, nous trouvons du 18 au 23 mai: symptômes de la colique hépatique franche avec urines bilieuses et selles terreuses, mais sans ictère sur la peau ni sur les muqueuses. Le 23, symptôme de périhépatite; le 24, la péritonite menace de se généraliser, le pronostic s'assombrit: le lendemain légère amélioration qui s'accroît le 26 et le 27. Le 27, symptômes de pleurésie diaphragmatique. Le 30, pleurésie droite avec épanchement. Notons que jusqu'à ce jour la malade a toujours présenté une douleur de la région hépatique, que l'urine est restée bilieuse, les selles grisâtres, et que jamais il n'y a eu teinte même subictérique, ni de la peau, ni des muqueuses. T. m. 37°2. S. 37°8.

Le 30. Dans la nuit du 30 au 31, après une quinte de toux, sans éprouver une douleur plus vive, ni avoir une sensation de déchirure, la malade se mit à expectorer un liquide mousseux jaune, verdâtre, ayant à l'œil nu les caractères de la bile; le matin, à la visite, le crachoir était rempli de ce liquide, la toux qui jusqu'alors avait été sèche était régulièrement suivie d'expectoration. Les matières expectorées ressemblaient à de la bile, on n'y voyait pas trace de pus. M. Gombault ausculte la malade, les signes thoraciques sont les mêmes que la veille; il ne trouve rien qui puisse

faire penser à une caverne, à une cavité quelconque. T. m. 37°. S. 37°6. Urine bilieuse.

Nous devons à l'obligeance de M. Lermoyez l'examen microscopique du liquide expectoré. En voici le résultat :

Une goutte de ce liquide déposée sur une compresse et traitée par l'acide nitrique donne une tache rosée centrale avec bordure caractéristique violette puis verte.

On trouve au microscope :

1° Gouttelettes graisseuses abondantes;

2° Globules pyoïdes;

3° Aiguilles rouges et allongées de biliphéine (caractéristique).

Pas de fibres élastiques ni de paillettes de cholestérine. Rien qui puisse faire songer au kyste hydatique; les crachats renferment donc de la bile pure.

Une autre analyse faite par M. Houssaye, interne en pharmacie du service, a donné les mêmes résultats.

1^{er} juin. L'expectoration continue avec les mêmes caractères; elle est plus abondante le jour que la nuit, elle succède à une petite toux quinteuse qui dans la journée ne laisse pas de repos à la malade, celle-ci a rempli deux crachoirs depuis la visite d'hier; la dyspnée est toujours aussi grande, les signes pleurétiques les mêmes. L'urine ne contient plus que des traces de bile, il n'y a pas eu de garde-robes depuis quarante-huit heures. T. m. 37°2. S. 37°8.

Le 2. Le thermomètre est monté ce matin à 39°8, élévation que rien ne justifie dans l'état de la malade, qui ne s'est modifié en aucune façon, si ce n'est qu'on trouve sur la lèvre supérieure du côté droit quelques vésicules d'herpès. La quantité de liquide expectorée est à peu près la même que la veille, sa composition n'a pas changé. T. m. 39°8. S. 38°6. Il n'y a plus de bile dans l'urine, les selles sont colorées.

Le 3. Même état que la veille. T. m. 38°. S. 38°2.

Le 4. Rien de particulier. T. m. 37°4. S. 38,2.

Le 5. L'expectoration a beaucoup augmenté; la quantité de liquide rendue depuis la visite d'hier est de 70 centilitres.

Même état. T. m. 38°4. S. 38°2.

Le 6. La toux est plus rare, la dyspnée beaucoup moins intense; la malade n'a rendu qu'un crachoir et demi. L'amélioration est grande : néanmoins les signes thoraciques sont les mêmes. T. m. 38°2. S. 38°6.

Le 7. L'état est excellent : à peine un demi-crachoir de liquide; la toux devient de plus en plus rare, la dyspnée presque nulle, pas de changement dans la poitrine. T. m. 38°S. 39°4.

Le 8. A peine quelques crachats, plus de dyspepsie, même état local. T. m. 37°4. S. 38°

Le 9. Toux rare et sèche, pas d'expectoration depuis la visite d'hier matin.

Le 10. La malade a été prise cette nuit d'un accès d'oppression, de quintes de toux, suivies d'expectorations, le crachoir est à demi rempli par un liquide plus épais, moins jaunâtre qu'auparavant. Une nouvelle analyse démontre la diminution de la bile et l'absence de pus. T. m. 37°8. S. 37°4.

Vu la persistance des signes de pleurésie qui n'ont pas changé depuis le 29 mai, M. Gombault ponctionne la cavité pleurale avec la grosse aiguille de l'aspirateur Potain. C'est à peine si quelques gouttes de liquide sanguinolent arrivent jusqu'à l'index de verre. On fait passer dans les tubes un courant d'eau distillée, le liquide rougeâtre qui sort est examiné au microscope par M. Lermoyez, il ne contient que des globules de sang.

Le 11. La nuit a été bonne, pas d'accès d'oppression, pas de toux ni d'expectoration, la malade se trouve bien.

Le 12. Il n'y a plus ni toux, ni oppression, ni expectoration, la malade semble guérie, cependant les symptômes de pleurésie restent les mêmes. T. m. 38°4. S. 37°6.

Le 13. L'amélioration continue; la matité n'a pas changé, mais la respiration commence à s'entendre là où elle avait disparu. La malade commence à se lever. T. m. 37°S. 37°4.

Le 14. Tous les phénomènes s'amendent, l'appétit revient, la température est normale.

Le 15. La malade est guérie.

Le 30. La malade part pour le Vénisot.

OBSERVATION VII (*Inédite*).

Thirolaix. *Société clinique*, 1888.

Le 7 mai 1888, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Empis, salle Sainte-Madeleine, lit n° 4, une nommée Pl., Adélaïde, couturière, âgée de 33 ans, qui se plaint de cracher de la bile depuis le mois d'octobre de l'année précédente.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère âgés, le premier de 72 ans, la seconde de 66 ans, sont aujourd'hui parfaitement bien portants, ainsi que son frère et ses quatre sœurs.

Antécédents personnels. — Les antécédents pathologiques de la malade sont nuls.

A l'âge de 8 ans, elle aurait, dit-elle, eu une côte de la partie moyenne de l'hémi-thorax droit fracturée. Les règles, venues à 19 ans, ont toujours été régulières jusqu'au jour où a commencé l'affection actuelle.

Ni syphilis, ni tuberculose cutanée ou viscérale. La malade n'a jamais eu ni épistaxis, ni coliques hépatiques, ni ictère ou urticaire, bref aucun de ces phénomènes qui attirent l'attention du côté du foie.

Bien portante jusqu'en 1881, époque à laquelle elle accouche d'un garçon, à la suite d'une grossesse régulière, elle voit à partir de ce moment sa santé s'altérer. Elle maigrit, a fréquemment des crampes d'estomac, une sensation pénible de pesanteur dans l'hypochondre droit et dans la région lombaire du même côté; une constipation opiniâtre, mais jamais ni nausées, ni vomissements, ni dégoût pour un aliment spécial.

Les phénomènes d'abord peu prononcés s'accroissent surtout dans les derniers mois de 1887. L'hypochondre droit est plus sensible, mais sans tuméfaction nette. La malade ne supporte plus que difficilement son corset; elle éprouve fréquemment des douleurs diffuses dans le moignon de l'épaule, douleurs qu'elle appelle

rhumatismales, et qui semblent se rattacher au travail insidieux qui s'effectuait du côté du péritoine, du diaphragme et de la plèvre, une sensation de plénitude, de gêne dans tout le côté droit du thorax, mais jamais il n'y a eu, jusqu'en septembre 87, ni toux, ni expectoration.

Dans les premiers jours d'octobre, la toux et la fièvre se montrent, accompagnés de douleurs assez vives dans le côté droit, l'épigastre, les lombes, quinze jours avant que n'apparaisse l'expectoration biliaire.

La respiration est courte et la malade est forcée de s'aliter, sans avoir éprouvé toutefois, à aucun moment, ni grand frisson, ni frissonnements. Elle est soignée à cette époque, pour une bronchite, puis pour une pleurésie, et on lui applique dans la région de l'hypochondre droit, en avant et en arrière, une série de vésicatoires.

Le 15 octobre au matin, la toux devient plus fréquente, quinteuse (comme si elle avait eu la coqueluche, dit la malade): la respiration est très embarrassée, et dans un effort de toux, sans qu'une douleur vive, déchirante, ne survienne, la malade expectore une grande quantité d'un liquide verdâtre, très fétide, extrêmement amer, contenant des matières en suspension. La mère de la malade nous donne des renseignements précis sur les caractères de ces matières et sur leur apparence. Elle affirme que dès le premier jour et dans tout le cours du premier mois, il y avait dans l'expectoration fétide, des peaux blanches et comme des boules blanches, et qu'elles ont disparu en même temps que la fétidité des crachats.

Cette expectoration, qui avait débuté à neuf heures du matin, a duré sans discontinuer jusqu'à midi, les quintes de toux succédant aux quintes, et la malade évalue à une grande cuvette le liquide qu'elle a ainsi craché pendant ce court laps de temps. La nuit, légère hémoptysie qui ne se renouvelle pas.

Depuis ce jour, les crachats formés d'un mélange de mucosités et de bile, sont restés tels qu'on les constate aujourd'hui, tellement abondants qu'ils empêchent la malade de dormir. La fièvre a cessé en même temps qu'a disparu la fétidité des crachats.

Avec l'apparition de l'expectoration bilieuse, s'est montré un léger sub-ictère, limité aux conjonctives ; les selles se sont décolorées, mais ces derniers phénomènes ont été assez passagers pour n'avoir pas frappé la malade. L'appétit ne diminue pas, la sensation d'amertume très pénible au début est facilement supportée aujourd'hui, et la malade goûte les aliments qu'elle prend avec plaisir ; elle n'a jamais de vomissements. L'amaigrissement, qui avait d'abord fait de notables progrès jusqu'en février 1888, s'est arrêté ; à aucun moment, il n'y a eu d'œdème des membres inférieurs.

A la fin de mars, la fétidité des crachats, les membranes blanches, la légère teinte sub-ictérique, la décoloration des selles reparaissent, mais ces phénomènes ne durent que peu de jours, et ne forcent pas la malade à s'aliter. D'ailleurs, la malade n'avait dû garder le lit que pendant les deux premiers mois.

L'expectoration verte conserve les caractères que nous trouverons plus loin, jusqu'au jour où la malade entre à l'hôpital. L'appétit reste bon, et les selles sont colorées.

Etat actuel. La malade est une femme blonde, de taille moyenne, amaigrie ; elle a l'air fatiguée, mais nullement cachectique ; elle est sans cesse secouée par des efforts de toux, à la suite desquels elle expectore des crachats verdâtres spumeux. La peau, les conjonctives ont leur coloration normale, la langue est fortement teintée jaune, le ventre non météorisé ; les doigts présentent la déformation dite hippocratique, les dernières phalanges de leur normale sont renflées en massue.

La voix est faible, enrouée, depuis le mois de novembre, et ces phénomènes laryngés sont dus sans aucun doute au passage incessant de la bile.

A la vue, la base du thorax ne semble pas être plus développée d'un côté que de l'autre, et les incursions des deux parties symétriques du diaphragme semblent se faire avec une inégale intensité. Aucune déformation, ni voussure au niveau de l'hypochondre droit.

Par la palpation, on perçoit au niveau de la partie supérieure

du muscle droit antérieur de l'abdomen, une rénitence, un empâtement diffus, et l'on fait naître, en déprimant un peu les parois abdominales, une douleur assez vive.

Les vibrations vocales sont très difficilement perceptibles, ce qu'explique la faiblesse de la voix de la malade.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; la matité hépatique commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et cesse au rebord des fausses côtes.

La rate est petite.

La sonorité de la poitrine est normale.

L'auscultation des poumons fait entendre le murmure vésiculaire normal dans tout le thorax, en arrière, du haut en bas, à droite et à gauche ; aucun phénomène sthétoscopique anormal sous les clavicules.

Dans la région antéro-latérale de l'hypochondre droit, on trouve quelque craquements secs, quelques frottements pleuraux, plus nets à mesure qu'on avance vers la partie antérieure. Si l'on fait tousser la malade, on perçoit des bouffées de râles cavernuleux, ou un souffle à timbre rude. Pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit morbide. Le poulx bat 90. Apyrexie complète.

L'hypochondre droit est pesant et légèrement douloureux ; la douleur de l'épaule a disparu. Le décubitus latéral droit est impossible, tant à cause de la douleur qu'il fait naître, que de l'afflux plus considérable de bile qui se produit aussitôt.

La respiration est normale ; la toux incessante, se reproduisant environ toutes les dix minutes ; lorsque les espaces intercalaires dépassent une demi-heure, il se produit, sous l'influence d'efforts de toux, une véritable vomique biliaire, à la suite de laquelle la toux s'arrête un moment pour se reproduire bientôt. Celle-ci est plus fréquente le matin. A la suite des repas, l'expectoration n'augmente pas de quantité.

Les urines, de couleur jaune, sont claires, acides, sans dépôt, peu abondantes, 700 centimètres cubes, le premier jour ; elles ne con-

tiennent ni sucre, ni albumine, ni matières colorantes biliaires, et 17 gr. 93 d'urée par litre. L'examen microscopique de cette urine permet d'y constater la présence d'une grande quantité d'urate de soude.

En vingt-quatre heures, la malade a expectoré 500 gr. environ d'un liquide verdâtre très visqueux, recouvert d'une écume légère, non fétide, semblable aux vomissements bilieux. On y voit, outre des matières alimentaires incidemment crachées avec la bile, qui affluait dans la bouche au moment de la mastication, des crachats opaques grisâtres. L'acide nitrique nitreux fait naître dans ce liquide dilué un précipité de mucine vert foncé.

L'examen microscopique montre, outre des leucocytes et des vésicules adipeuses abondants, des pavés de cellules épithéliales pavimenteuses provenant de l'épithélium buccal et pharyngé; des cellules cylindriques petites, à protoplasma pigmenté, avec des noyaux très évidents, venant des canaux biliaires. et pas une de ces grandes cellules cylindriques, à noyau peu distinct, à bord libre, épaissi et strié de la vésicule biliaire.

On y voit aussi des fibres musculaires striées et des cellules végétales qui proviennent, sans aucun doute, des matières alimentaires crachées.

Le liquide, traité par la potasse, est décanté et, dans le résidu obtenu, on ne trouve aucun crochet d'échinocoque.

Les règles ont cessé depuis le début de l'affection; la malade a des fleurs blanches abondantes.

L'appétit est bon; la constipation très notable; les selles sont colorées.

Depuis plusieurs mois la malade a remarqué que ses cheveux tombaient en grand nombre; ils sont, en effet, très clair-semés, et se cassent facilement au niveau de leur racine. — Mêmes remarques sur tout le reste du système pileux.

Régime ordinaire. On donne 4 gr. d'iodure de potassium.

Le 9. La malade a craché environ 550 gr. de liquide biliaire.

Urine, 750 gr. Depuis l'apparition de l'expectoration verte, la malade a noté la diminution du taux de son urine.

M. Souillard, interne en pharmacie du service, nous remet l'analyse suivante :

« Le liquide expectoré est très visqueux, de couleur jaune verdâtre, et tient en suspension des flocons de matières colorées en jaune. Il possède une saveur amère et répand une odeur spéciale non fétide.

« Après quelques heures de repos, ce liquide est décanté sur un filtre, au travers duquel une partie passe avec une extrême lenteur. Le liquide clair ainsi obtenu mousse fortement par l'agitation, colore en jaune un morceau de papier à filtrer et possède une réaction franchement alcaline.

« Dans le but de rechercher la présence de la bile, la liqueur filtrée est soumise aux deux réactions suivantes : la première de Gmelin (acide azotique nitreux) devant déceler les pigments biliaires (biliverdine, biliprasine), la seconde de Petenkofer (sucre et acide sulfurique), ayant pour but de caractériser les acides biliaires (acides taurocholique et glycocholique).

« Les deux réactions ont donné des résultats très évidents : elles permettent en conséquence d'affirmer que le liquide examiné renferme les éléments de la bile. »

Le 10. Selle peu abondante, composée de matières dures, colorées.

Urine, 650 grammes; expectoration, 450 gr. Pouls, 85; respiration, 20. Pas de fièvre.

Le 12. Même état. Bon appétit.

Le 13. L'expectoration a diminué de quantité. 350 gr. Le thermomètre reste toujours aux environs de 37°.

La malade est mise au régime lacté et aux œufs.

Le 16. Le liquide expectoré dans la journée d'hier ne contient plus ni fibres musculaires, ni cellules végétales. Il conserve toujours la même apparence; 450 gr.; traité par l'hypobromite de soude, il ne donne qu'un faible dégagement d'azote impossible à doser.

L'état général reste toujours relativement bon.

Le 21. Même état. Les quintes de toux sont toujours aussi fréquentes. Régime ordinaire. Expectoration, 350 gr. Urine, 600 gr. ; selles colorées.

CONCLUSIONS

I. Les fistules biliaires hépato-bronchiques sont rarement observées en clinique ; les cas où l'autopsie a été pratiquée sont de vraies exceptions.

II. Elles sont, le plus souvent, *secondaires* à une affection hépatique : lithiasse biliaire intra ou extra-hépatique, kyste hydatique du foie, angiocholite suppurée, abcès du foie. — Elles peuvent être *idiopathiques*, comme le montre le cas du professeur Laboulbène — mais c'est une observation unique.

III. Le diagnostic positif se fait d'après les symptômes morbides qui ouvrent la scène du côté du foie, et sur la présence d'une expectoration bilieuse longtemps prolongée.

Les expectorations bilieuses de courte durée consécutives à l'ouverture d'une poche hépatique dans les bronches, doivent être éliminées.

IV. Quand l'autopsie est pratiquée, il n'est pas toujours possible de découvrir l'orifice fistuleux du côté du foie.

V. Le pronostic de la fistule elle-même est assez bénin. — Elle peut guérir radicalement. — Mais la maladie causale doit toujours faire réserver le pronostic, et la mort peut survenir par insuffisance hépatique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CRUVEILHIER. — Art. Acéphalocyste, in Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, 1829.

ARCHAMBAULT. — Bull. de la Société anatomique, 1852.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 268.

BRICHETEAU. — Sur les abcès et les hydatides du foie qui communiquent avec le poumon et sont rejetés par l'expectoration. *Revue Médico-Chirurgicale*, 1852, p. 65.

DÉNUCE. — Bull. de la Soc. Anat., 1852.

MANDARD. — Des calculs biliaires. Thèse Paris, 1854.

CADET DE GASSICOURT. — Recherche sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins. Th. Doctorat. Paris, 1856.

BERCIOUS. — Bull. de la Soc. Anat., 1857.

BOURGEOIS. — Calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils provoquent. Thèse Paris, 1858.

MONNERET. — Traité élémentaire de pathologie interne. T. I, p. 662, 1864.

FRERICHS. — Traité pratique des maladies du foie, 1866.

J.-L. ROUIS. — Recherches sur les suppurations endémiques du foie d'après des observations recueillies dans le nord de l'Afrique. p. 250, 1868.

LUTON. — Art. Voies biliaires, in Nouveau Dict. de Méd. et de Chirurg. pratiques.

BARTH et BESNIER. — Art. Voies biliaires, in Dict. encyclop. des Sciences médicales.

DUTROULEAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. Paris, 1868.

BARTH et ROGER. — Traité pratique d'auscultation, 8^e édition, p. 173, 1874.

LABOULBÈNE. — Mémoire sur une espèce de fistule biliaire non encore décrite, et qu'on peut appeler hépato-bronchique ou broncho-hépatique. Union médicale, août 1875.

BERDINEL. — Note sur un kyste hydatique du foie terminé par fistule hépato-bronchique. Gazette hebdomadaire, 1876.

JACCLOUD. — Traité de pathologie interne, t. II, 1877.

DAVAINE. — Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, 1877.

MURCHISON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie, 1878, p. 511.

DUVERNOY. — De l'ouverture des kystes hydatiques dans la plèvre et dans les bronches. Thèse Paris, 1879.

DRESCHFELD. — The Lancet, 1879.

DÉNUÉE. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Th. Agr., 1880.

EDIT. — Boston Medical and Surgical journal, 1882.

BERTHAUT. — Kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. Th. Paris, 1883. Obs. VI.

BRAINE. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Th. Paris, 1883. Obs. III.

FOUCHÉ. — Contribution à l'étude des fistules hépato-bronchiques, consécutives à la lithiase biliaire. Th. Paris, 1885.

BROSSIER. — Abscess du foie expectorés. Th. Paris, 1898.

CAYLA. — Progrès Médical, 1885.

LANNELONGE. — Acad. des Sciences 1886 et Bull. Médical, 1886.

SECONDE. — Soc. chirurgie, 1887.

A. PILLIET. — Bull. Soc. Anat., 1888.

DESCHAMPS. — Th. Paris, 1888.

POTHERAT. — Th. Doctorat. Paris, 1889.

DELAGÉNIÈRE. — De la cholécystérectomie. Th. Doct. Paris,
1891.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

PROUST.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

